

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130

REPÚBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

006767

No.

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

EQUIPO DE DON PEDRO O SANDY UREÑA

RD\$

DIEZ MIL CON 00/100



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006767 21411272713:01202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo Comprobante No. 2017-001300 Fecha 25/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
SUMA RD\$ 10,000.00 PARA A DICHO EQUIPO DE BALONCESTO DE DON PEDRO, CON LA PARTICIPACION EN EL TORNEO DE BALONCESTO DE TAMBORIL.			
TOTAL			10,000.00



DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.

Sandy Ureña 032-005488-9



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Corn. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0034898-9      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO EQUIPO DE DON PEDRO O SANDY LUREÑA *Sandy Lureña*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA A DICHO QUIPO DE BALONCESTO DE DON PEDRO, CON LA PARTICIPACION EN EL TORNEO DE BALONCESTO DE TAMBORIL.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

*ck#6767  
comp. 1300*



Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Sindicatura; 4-Prepuestado



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0034898-9      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO EQUIPO DE DON PEDRO O, SANDY UREÑA *Sandy Ureña*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA A DICHO QUIPO DE BALONCESTO DE DON PEDRO, CON LA PARTICIPACION EN EL TORNEO DE BALONCESTO DE TAMBORIL

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

*Sandy Ureña 032-0034898-9*

*CK#6767  
comp. 1300*

*Mario Esteban Díaz*      *Aug. A. Díaz*  
 Contador      Contralor Municipal  
 Presidente Concejo Municipal      Tesorero  
 Alcalde

Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Cortabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001300

Se solicita la emisión de cheque a favor de:  
EQUIPO DE DON PEDRO O SANDY UREÑA

Por Valor de RD\$ 10,000.00  
DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA A DICHO QUIPO DE BALONCESTO DE DON PEDRO, CON LA PARTICIPACION EN EL TORNEO DE BALONCESTO DE TAMBORIL,

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel Diaz  
Nombre

ANTOLINO ZERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Miguel Angel Diaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Julio, 2017

Distinguido Señor/a:

Angelino Garmasén

Luego de extenderle un cordial saludo, la presente de esta misiva es para solicitarle a su empresa una ayuda económica con el fin de patrocinar el equipo de baloncesto de nuestra comunidad **Don Pedro**.

Somos miembros directivos del **Club San Pedro** de la comunidad de Don Pedro, le garantizamos que esta ayuda será destinada para los fines correspondientes del párrafo anterior.

Esperando su colaboración para el beneficio de nuestra Juventud  
Muchas Gracias.

Att:

Sandy Mera  
Tesorero



[Signature]  
Presidente

Maximo M.  
Secretario

[Signature]  
Delegado Técnico

*AutORIZADA la ayuda  
por el Señor alcalde Amysalim  
Garmasén de 10,000.00  
Diez mil Pesos para  
el torneo  
Claro, Matina  
25/08/17*







# Soporte del Baloncesto de Tamboril

**SOBATAM**

Fundado el 8 de Junio del 2000  
Oficina en la Cancha Municipal

## Presupuesto de Juego

Presupuesto de Juego Equipo Don Pedro	
Refuerzos	6,000
Manager	2,500
U 23	2,000
Jugador Nativo	800
Jugador Nativo	800
Transporte	500
<b>Total:</b>	<b>12,600.00</b>

## Beneficios de exclusividad

Vallas	Menciones Verbales
Con una exclusividad de vallas opcionales	16 menciones por noche

Nota: Esta Cotización es válida por un solo juego.





CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No. 006768

DIA	MES	AÑO
25	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

FELIX TOMAS CESPEDES

RD\$

3.000,00

TRES MIL CON 00/100



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

006768 25082017 001202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo Comprobante No. 2017-001301 Fecha 23/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
032-0036602.3  FELIX TOMAS CESPEDES			
			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Corr. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0036602-3      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO FELIX TOMAS CESPEDES

DIRECCION FELIX TOMAS      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDAPOR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA DE VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	.ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Avudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	3.000.00

**PAGADO**  
 25 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

ck#6762  
 comp. 1301



Total General RD\$ 3.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 3.000.00

Presidente Concejo Municipal (Solo debe firmarse es partida extrapresupuestaria)

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com.  Dev.  Pag.   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0036602-3 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO: FELIX TOMAS CESPEDES

DIRECCION: Felix Tomas TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA: 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUD APOR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA DE VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0009	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	D	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.000.00

032-0036602-3  
Felix Tomas Cespedes

CK#16762  
Comp. 1301

*Maria Esther...*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$	3.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.000.00

Partida Presupuestaria: partida inculda en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no inculda en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto mdiez



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001301

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FELIX TOMAS CESPEDES

Por Valor de RD\$ 3.000.00

TRES MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUD APOR LA SUMA RD\$ 3000.00 PARA DE VARIOS ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contable  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





24/08/17

**Al: Lic . Anyolino Germosen**

**Alcalde municipal**

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica, para la realización de unos análisis y un estudio médico por favor señor Alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si está a su alcance ya que soy de muy escasos recursos económicos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.



Félix Tomas

Céspedes Sánchez

032-0036602-3

*Félix Tomas Céspedes*







**Consultorio Médico Dr. Caraballo**  
Medicina en General

*Dr. Felix Caraballo*

Plaza Real Mod. 4A,  
1er. Nivel.R, D,

Tels.: 809-399-9008  
809-570-9577  
829-253-9008

**R**

- Hemograma
- glicemia
- E. G. O
- urea
- creatinina
- H. B. S. A g
- H. T. U.
- BACILOGRAFIA
- Anti toxina

**MAGADO**  
25 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



NOMBRE: Felix Tomás Caraballo EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: 2408-17 PROX. CITA: \_\_\_\_\_



**LABORATORIO CLINICO  
JIMENEZ SANCHEZ, S.A.**

*Estamos comprometidos con la calidad*  
Calle Real No. 138, Tamboril, Santiago, R.D. • Teléfono: 809-570-8401  
Plaza Minaya No. 2, Licey al Medio, Santiago, R.D. Teléfono: 809-970-5056  
E-mail: lab.jimenez.sanchez@hotmail.com  
RNC: 130464219

**RECIBO** No. \_\_\_\_\_

Fecha: 24/08/2017

Recibí de: Felipe Tomás Cepeda Sánchez

La suma de: \_\_\_\_\_

Categorías de Análisis

RD\$ 3,080.00

Por concepto de: \_\_\_\_\_

Efectivo RD\$ \_\_\_\_\_

Cheque No. \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*  
Firma Autorizada



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

No. **006769**

DIA	MES	AÑO
28	08	2017

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: FILADELFIA VERAS **RD\$** 2,000.00

RESERVA QUINIENTOS CON 00/100 **PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL



*Filadelfia Veras*  
*032-0810825*  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA(S)

006769 032-0810825 2017-00130 28/08/2017

Cap. No. 11 Sub-Objeto 0118 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-00130 Fecha 28/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Filadelfia Veras</i> <i>032-0810825-2</i>			
<b>PAGADO</b> 28 ABO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0010825-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO FILADELFIA VERAS  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3,500.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS DE ANALISIS Y UN ESTUDIO MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4209	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	3.500.00

*Filadelfia Veras*

CK #6769  
Camp. 1302



Total General RD\$ 3.500.00

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>3.500.00</b>

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 mdiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

DIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0010825-0      Orden Compra: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO FILADELFIA VERAS

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3,500.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS DE ANALISIS Y UN ESTUDIO MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas <i>Filadelfia Veras</i>	3.500.00

*Filadelfia Veras*  
*032-0010825-0*  
*500*

*CR #6769*  
*COMP. 1302*

*Monica Esther Díaz* Contador  
*Miguel Ángel* Contralor Municipal  
*[Signature]* Tesorero  
*[Signature]* Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
(sólo debe firmar si es partida extra presupuestaria)

Total General RD\$	3.500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	3.500.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto  
mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001302

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FILADELFIA VERAS

Por Valor de RD\$ 3,500.00

TRES MIL QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 3,500.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS DE ANALISIS Y UN ESTUDIO MEDICOS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre  
Contadora  
Cargo

Miguel Angel Diaz  
Nombre  
Contador  
Cargo

ANYOLINO GERMOSEN  
Nombre  
ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Miguel Angel Diaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz



Tamboril, 28 de agosto del 2017.

SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS

VIA: CLARA MARTINEZ  
SECRETARIA DEL ALCALDE

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para realizarme varios análisis y estudios médicos, ya que no cuento con los recursos suficientes.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

*Delfia Veras*  
**Filadelfia Veras**  
**032-0010825-0**







COTIZACIONES DE ANALITICAS E IMAGENES DE LABORATORIO  
PARA FILADELFIA VERAS CD 0320010825-0

- 1- HEMOGRAMA – 170 PESOS
- 2- UROANALISIS- 250 PESOS
- 3- GLISEMIA – 250 PESOS
- 4- UREA- 180 PESO
- 5- CREATININA 180 PESO
- 6- ACIDO URICO 180 PESO
- 7- ALBUMINA 180 PESO
- 8- COLESTEROL TOTAL 250 PESO
- 9- COLESTEROL HDL 500 PESO
- 10- COLESTEROL LDL 200 PESO
- 11- TRINGLICERIDOS 180 PESO
- 12- PROTEINA C REACTIVA 300 PESOS
- 13- TORAX PA 500 PESOS
- 14- EKG 700 PESOS

MONTO TOTAL 4,020 PESOS



DE FECHA 01/08/17





# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Hospital Municipal de Tamboril

Tamboril, Santiago, República Dominicana  
Teléfono: 809-580-6382 / 809-580-6467

Fecha: 1/8/2017  
Hora: 9:20 AM

Nombre: Filadelfia Veras  
Edad: 83 Departamento: \_\_\_\_\_  
Planta: \_\_\_\_\_ Ala y Cama: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> ANA
<input checked="" type="checkbox"/> ORINA	<input type="checkbox"/> ANTIGENO AUSTRALIANO	<input type="checkbox"/> TPHA
<input type="checkbox"/> COPROLOGICO	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> COOMBS DIR
<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> HCV IGM	<input type="checkbox"/> COOMBS IND
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> HAV IGG	<input type="checkbox"/> T. SANGRIA
<input checked="" type="checkbox"/> BUN	<input type="checkbox"/> MARCADORES DE HEPATITIS B	<input type="checkbox"/> T. COAGULACION
<input checked="" type="checkbox"/> CREATININA	<input checked="" type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA
<input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> PSA LIBRE	<input type="checkbox"/> TTP
<input checked="" type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> T.T.
<input checked="" type="checkbox"/> HDL-C	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/> PROTEINAS	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> HIERRO
<input checked="" type="checkbox"/> ALBUMINA	<input type="checkbox"/> T4 LIBRE	<input type="checkbox"/> TIBC
<input type="checkbox"/> BILIRRUBINA	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> FERRITINA
<input checked="" type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> ESH	<input type="checkbox"/> CARBAMACEPINA
<input type="checkbox"/> FOSF ALCALINA	<input type="checkbox"/> ESTRADIOL	<input type="checkbox"/> FENOBARBITAL
<input type="checkbox"/> SGOT	<input type="checkbox"/> PROGESTERONA	<input type="checkbox"/> EPAMIN
<input type="checkbox"/> SGPT	<input type="checkbox"/> TESTOSTERONA	<input type="checkbox"/> DIGOXINA
<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> DHEAS-S04	<input type="checkbox"/> CLAMIDIA
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> PROLACTINA	<input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> ESTROGENOS TOTALES	<input type="checkbox"/> BK
<input type="checkbox"/> SODIO	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> UROCULTIVO
<input type="checkbox"/> POTASIO	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> COPROCULTIVO
<input type="checkbox"/> CLORO	<input type="checkbox"/> BHGC	<input type="checkbox"/> CULTIVO FARINGEO
<input type="checkbox"/> AMILASA	<input type="checkbox"/> CA 15-2	<input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO
<input type="checkbox"/> LIPASA	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> ROTAVIRUS
<input type="checkbox"/> CALCIO	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ
<input type="checkbox"/> FOSFORO	<input type="checkbox"/> TOXO IGM	<input type="checkbox"/> PROT. DE BENICE JANES
<input checked="" type="checkbox"/> AC. URICO	<input type="checkbox"/> TOXO IGG	<input type="checkbox"/> DEPURACION DE CREAT.
<input type="checkbox"/> GLICOHEMOGLOBINA	<input type="checkbox"/> RUBELLA IGM	<input type="checkbox"/> BUN EN ORINA
<input type="checkbox"/> AMONIO	<input type="checkbox"/> RUBELLA IGG	<input type="checkbox"/> FOSFORO EN ORINA
<input type="checkbox"/> LACTATO	<input type="checkbox"/> HERPES 1-21 IGM	<input type="checkbox"/> VMA
<input type="checkbox"/> COLINESTERASA	<input type="checkbox"/> HERPES 1-21 GC	<input type="checkbox"/> KETOS
<input type="checkbox"/> ALCOHOL	<input type="checkbox"/> CMV IGM	<input type="checkbox"/> METANEFINAS
<input type="checkbox"/> TIPIFICACION	<input type="checkbox"/> CMV IGG	<input type="checkbox"/> APO 1
<input type="checkbox"/> ASO	<input type="checkbox"/> ELECTROFESIS HB	<input type="checkbox"/> APO B
<input checked="" type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> ELECTROFESIS PROT	<input type="checkbox"/> ANTI TRISPSINA
<input type="checkbox"/> F. REUMATOIDE	<input type="checkbox"/> IGG	<input type="checkbox"/> VIT B12
<input type="checkbox"/> WIDAL	<input type="checkbox"/> IGM	<input type="checkbox"/> FOLATO
<input type="checkbox"/> GESTATEST	<input type="checkbox"/> IGA	<input type="checkbox"/> CORTISOL
<input type="checkbox"/> ERITROSEDIMENTACION	<input type="checkbox"/> IGE	<input type="checkbox"/> AC. VALPROICO
<input type="checkbox"/> FALCEMIA	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RETICULOCITOS	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CUENTA EOSINOFILOS	<input type="checkbox"/> CE LE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PPD		<input type="checkbox"/>

OTROS: \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES:

- Para toma de Orina: Previo lavado genital. Pruebas que deben venir ayunas: Glicemia, Úrea, Creatinina, Acido Úrico, SGOT, SGPT, Colesterol, Triglicéridos, Bilirrubina, Amilasa, Fosfatasa.
- Colesterol y Triglicéridos: 12 horas antes, no ingerir grasa:





# Servicio Nacional de Salud

## HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

Rx PA Toray



Nombre: Feladelfia

Fecha: 01/08/2017





# Servicio Nacional de Salud

## HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

EKG

**PAGADO**  
28 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



Nombre: Feladelfia Veras  
Fecha: 01/08/2017

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006770**  
DIA MES AÑO  
08 08 2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: CARMEN ARIELA RICHARDO **RD\$** 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten initials]*

*[Handwritten signature]*

FIRMA(S)

006770 21411272713401202108684 59

Cap. No. 13 Sub-Objeto 0003 Fondo 0003 Comprobante No. 2017-001303 Fecha 28/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
CARMEN ARIELA RICHARDO AYUDA PARA LA ELABORACION DE UN ESTUDIO MEDICO Y ANALISIS PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIO MEDICO Y ANALISIS DICHA SENAL DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO  <b>408-2245955-0</b>  <i>Carmen Ariela Ricardo</i>		<div data-bbox="997 884 1364 1131" data-label="Text"> <p><b>PAGADO</b> 28 AGO 2017 Tesoreria Ayuntamiento de Tamboril</p> </div>	
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 405-2245955-0      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO CARMEN ARIELA FICHARDO      *Carmen Ariela Fichardo*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684      Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIO MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

*CK#6770  
comp.1303*



*[Handwritten signature]*



Total General RD\$ 4.000.00

Retenciones \_\_\_\_\_  
Total Retenciones \_\_\_\_\_

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Comunicación y Asesoría; 4-Indicador



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Corr. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-2245955-0      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO CARMEN ARIELA PICHARDO *Carmen Ariela Pichardo*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIO MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

*402-2245955-0*  
*Carmen Ariela Pichardo*

*CK#6770*  
*comp. 1303*

*Mauri Esteban Diaz* Contador      *Aug Aca* Contralor

Presidente Concejo Municipal      Tesorero

(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)      Alcalde

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001303

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

CARMEN ARIELA PICHARDO

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIO MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

*Maria Esther Diaz*  
Nombre  
(contadora)

Cargo

*Maria Esther Diaz*  
Firma

Revisado por

*Miguel Angel*  
Nombre  
Contador

Cargo

*Miguel Angel*  
Firma

Autorizado por

*ANTOLINO GERMSEN*  
Nombre  
ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

*Antolino Gersén*  
Firma



Tamboril, 28 de agosto del 2017.

SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS

VIA: CLARA MARTINEZ  
SECRETARIA DEL ALCALDE

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para realizarme varios análisis y estudios médicos, ya que no cuento con los recursos suficientes.

  
Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

  
**Carmen Ariela Pichardo**  
402-2245955-0







# Servicio Nacional de Salud HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

#

① Anemia

pulver - obstetrica

**PAGADO**  
28 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



Nombre:

*Carmen Julia Pulverobatero*

Fecha:

25-8-17



COTIZACIONES DE ANALITICAS DE LABORATORIO CARMEN  
PICHARDO CED 40222459550

- |                               |                           |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1- HEMOGRAMA – 170 PESOS      | 29- HIERRO TOTAL 350 PESO |
| 2- UROANALISIS- 250 PESOS     | 30- PROLACTINA 310 PESO   |
| 3- GLISEMIA – 250 PESOS       |                           |
| 4- UREA- 180 PESO             | 31-CK –TOTAL 200 PESO     |
| 5- CREATININA 180 PESO        |                           |
| 6- ACIDO URICO 180 PESO       | 32 – PLOMO 725 PESO       |
| 7- ALBUMINA 180 PESO          |                           |
| 8- CALCIO 400 PESO            |                           |
| 9- SODIO 200 PESO             |                           |
| 10- POTASIO 250 PESO          |                           |
| 11- COLESTEROL TOTAL 250 PESO |                           |
| 12- COLESTEROL HDL 500 PESO   |                           |
| 13- COLESTEROL LDL 200 PESO   |                           |
| 14- TRINGLICERIDOS 180 PESO   |                           |

MONTO TOTAL 4,725 PESOS





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006771**

DIA	MES	AÑO
28	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

ANA GABRIELA PICHARDO

RD\$

5,000.00

CINCO MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA(S)

#006771# 28082017 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001304 Fecha 28/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
402-2615135-1 ANA Gabriela Pichardo			
TOTAL			

**PAGADO**  
28 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 402-2615135-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO ANA GABRIELA PICHARDO *ANA Gabriela Pichardo*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202103684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

CK# 6771  
COMP. 1304

**PAGADO**  
28 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril



*[Handwritten Signature]*  
Contador

Presidente Consejo Municipal  
(Sólo debe firmarse si es parte del presupuesto)

Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto

Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesorería: 3-Sindicatura: 4-Presupuesto

Total General RD\$ 5.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5.000.00



**TIPO COMPROBANTE:** Gasto  **Etapas:** Com  Dev  Pag

**CLASE DOCUMENTO:** Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

**CODIGO BENEFICIARIO:** 000001 **RNC/CEDULA** 402-2615135-1 **Orden Compra** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO** ANA GABRIELA PICHARDO *ANA Gabriela Pichardo*

**DIRECCION** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

**CTA. BANCARIA** 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

*402615 135-1*  
*ANA Gabriela Pichardo*

*CRH 6770*  
*comp. 1304*

*María Esther Díaz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Presidente Concejo Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Total General RD\$	5.000.00
<b>Retenciones</b>	
<b>Total Retenciones</b>	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>5.000.00</b>

**Presupuestaria:** partida inculida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no inculida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto recibez



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 28/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001304

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

ANA GABRIELA PICHARDO

Por Valor de RD\$ 5,000.00

CINCO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MEDICOS Y ANALISIS DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Elaborado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel...  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Angel...  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma





Tamboril, 28 de agosto del 2017.

SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS

VIA: CLARA MARTINEZ  
SECRETARIA DEL ALCALDE

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para realizarme varios análisis, ya que no cuento con los recursos suficientes.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

  
*Ana Gabriela Pichardo*  
**Ana Gabriela Pichardo**  
**402-2615135-1**





Calle Real #138, Tamboril, Santiago. R. D.  
 Tel.: 809-580-3555  
 cempsavid@gmail.com

**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO**

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ANÁLITICAS DE LABORATORIO CLÍNICO**

Nombre: Ana Richard Plana Edad: 22

Dr.(a): [Signature] Fecha: 22/08/17

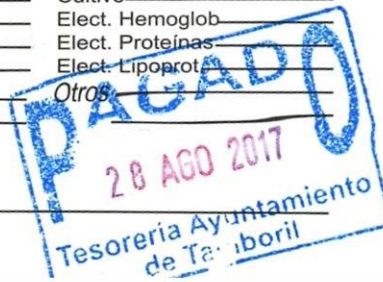
Privado: [Stamp] ARS: [Signature]

**EMPRESA**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Hemograma <input checked="" type="checkbox"/>  | Fosf. Prostática _____                            | Células falciformes _____                    |
| Orina <input checked="" type="checkbox"/>      | Amilasa _____                                     | Conteo de Eosinófilos _____                  |
| Coprológico _____                              | Lipasa _____                                      | Conteo de Reticulocitos _____                |
| Coprológico Seriado x 3 _____                  | Colesterol <input checked="" type="checkbox"/>    | Hbs Ag _____                                 |
| Sustancias reductoras en _____                 | Triglicéridos <input checked="" type="checkbox"/> | Anti Hbs _____                               |
| Excreta _____                                  | HDL - Colest. <input checked="" type="checkbox"/> | Hbe Ag _____                                 |
| Glicemia <input checked="" type="checkbox"/>   | LDL - Colest. <input checked="" type="checkbox"/> | Anti Hbe _____                               |
| N. Ureico <input checked="" type="checkbox"/>  | Lípidos Totales _____                             | Anti Hbc _____                               |
| Urea Total _____                               | Fosfolípidos _____                                | Anti HAV Igm _____                           |
| Creatinina <input checked="" type="checkbox"/> | Fructosamina _____                                | Anti HcV _____                               |
| Ac. Úrico <input checked="" type="checkbox"/>  | VDRL _____  | IgA _____                                    |
| Prot. Total _____                              | Tipificación _____                                | IGg _____                                    |
| Albumina <input checked="" type="checkbox"/>   | Aglutininas febriles _____                        | IgM _____                                    |
| Globulina _____                                | Test Coombs Directo _____                         | IgE _____                                    |
| Relación A/g _____                             | Test. Combs Indirecto _____                       | PPD _____                                    |
| Calcio <input checked="" type="checkbox"/>     | Mono Test. _____                                  | PSA _____                                    |
| Fosfora _____                                  | Anti Estrept O _____                              | T3 <input checked="" type="checkbox"/>       |
| Sodio <input checked="" type="checkbox"/>      | Ra Test _____                                     | T4 Total <input checked="" type="checkbox"/> |
| Potasio <input checked="" type="checkbox"/>    | Proteína C Reactiva _____                         | T4 Libre <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cloruro _____                                  | Pueba Embarazo _____                              | TSH <input checked="" type="checkbox"/>      |
| Fosf. Alcalina _____                           | Células L- E (Latex) _____                        | Toxoplasmosis IgG _____                      |
| SgO - T _____                                  | Streptozyma _____                                 | Toxoplasmosis IgM _____                      |
| SgP - T _____                                  | Eritosedimentación _____                          | Amabas Suero (HA) _____                      |
| Ggt <input checked="" type="checkbox"/>        | T-Sangría _____                                   | Anti HIV _____                               |
| Bili Total _____                               | T-Coagulación _____                               | Cultivo _____                                |
| Bili Indirecta _____                           | T-Protombina _____                                | Elect. Hemoglob _____                        |
| LDH _____                                      | T-Parcial de _____                                | Elect. Proteínas _____                       |
| CPK _____                                      | Tromboplastina _____                              | Elect. Lipoprot _____                        |
| Fosf. Acida _____                              | Fibrinógeno _____                                 | Otros _____                                  |
|  | Plaquetas _____                                   |  |

Hemoglobina y glicosilada  
Urea Total

Total Análisis \_\_\_\_\_







COTIZACIONES DE ANALITICAS DE LABORATORIO PARA ANA  
PICHARDO CED 40226151351

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1- HEMOGRAMA – 170 PESOS                            | 29- HIERRO TOTAL 350 PESO |
| 2- UROANALISIS- 250 PESOS                           |                           |
| 3- GLISEMIA – 250 PESOS                             |                           |
| 4- UREA- 180 PESO                                   |                           |
| 5- CREATININA 180 PESO                              |                           |
| 6- ACIDO URICO 180 PESO                             |                           |
| 7- ALBUMINA 180 PESO                                |                           |
| 8- CALCIO 400 PESO                                  |                           |
| 9- SODIO 200 PESO                                   |                           |
| 10- POTASIO 250 PESO                                |                           |
| 11- COLESTEROL TOTAL 250 PESO                       |                           |
| 12- COLESTEROL HDL 500 PESO                         |                           |
| 13- COLESTEROL LDL 200 PESO                         |                           |
| 14- TRINGLICERIDOS 180 PESO                         |                           |
| 15- T3 400 PESO                                     |                           |
| 16- T4 400 PESO                                     |                           |
| 17- T4 LIBRE 350 PESO                               |                           |
| 18- TSH HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES 400 PESO |                           |
| 19- GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA GGT -320 PESO        |                           |
| 20- HEMOGLOBINA GLICOSILIDAD -600 PESO              |                           |

MONTO TOTAL 5,510



FECHA 22/08/17

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. 0  
DIA ME

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: ISABEL MARIA NUNEZ **RD\$**

DIEZ MIL CON CERO



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

⑈006772⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 9003 Fondo 2017-001907 Comprobante No. 2948/2017 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Isabel m nunez</i> <i>031-0267169-4</i>		<b>PAGADO</b> <b>29 ABO 2017</b> <b>Tesorería Ayuntamiento</b> <b>de Tamboril</b>	
DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.			TOTAL



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 031-0267169-4      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO YSABEL MARIA NUÑEZ  
 DIRECCION ysabel m. nuñez      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA LA REALIZACION UNA RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	10.000.00

CR #677  
CK #6772  
comp. 1307

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*[Handwritten signatures and blue circular official stamps of the Ayuntamiento Municipal de Tamboril, including the Accounting, Treasury, and Syndicate departments for the 2016-2020 term.]*

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Sindicatura; 4-Asesoría Jurídica; 5-Asesoría Técnica; 6-Asesoría Social; 7-Asesoría Ambiental; 8-Asesoría de Género; 9-Asesoría de Planeación; 10-Asesoría de Evaluación; 11-Asesoría de Gestión; 12-Asesoría de Informática; 13-Asesoría de Estadística; 14-Asesoría de Comunicaciones; 15-Asesoría de Relaciones Públicas; 16-Asesoría de Marketing; 17-Asesoría de Promoción; 18-Asesoría de Investigación; 19-Asesoría de Consultoría; 20-Asesoría de Evaluación de Impacto; 21-Asesoría de Estudios de Factibilidad; 22-Asesoría de Estudios de Impacto Ambiental; 23-Asesoría de Estudios de Impacto Social; 24-Asesoría de Estudios de Impacto Económico; 25-Asesoría de Estudios de Impacto Cultural; 26-Asesoría de Estudios de Impacto Urbano; 27-Asesoría de Estudios de Impacto Paisajístico; 28-Asesoría de Estudios de Impacto Visual; 29-Asesoría de Estudios de Impacto Acústico; 30-Asesoría de Estudios de Impacto de Calidad del Aire; 31-Asesoría de Estudios de Impacto de Calidad del Agua; 32-Asesoría de Estudios de Impacto de Calidad del Suelo; 33-Asesoría de Estudios de Impacto de Calidad del Ambiente; 34-Asesoría de Estudios de Impacto de Calidad de Vida; 35-Asesoría de Estudios de Impacto de Salud; 36-Asesoría de Estudios de Impacto de Seguridad; 37-Asesoría de Estudios de Impacto de Resiliencia; 38-Asesoría de Estudios de Impacto de Sostenibilidad; 39-Asesoría de Estudios de Impacto de Equidad; 40-Asesoría de Estudios de Impacto de Inclusión Social; 41-Asesoría de Estudios de Impacto de Participación Ciudadana; 42-Asesoría de Estudios de Impacto de Transparencia; 43-Asesoría de Estudios de Impacto de Acceso a la Información; 44-Asesoría de Estudios de Impacto de Rendición de Cuentas; 45-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Control Ciudadano; 46-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Participación Ciudadana; 47-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Consulta Ciudadana; 48-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Diálogo Ciudadano; 49-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Medios Ciudadanos; 50-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Vigilancia Ciudadana; 51-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Evaluación Ciudadana; 52-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Monitoreo Ciudadano; 53-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Control Ciudadano; 54-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Participación Ciudadana; 55-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Consulta Ciudadana; 56-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Diálogo Ciudadano; 57-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Medios Ciudadanos; 58-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Vigilancia Ciudadana; 59-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Evaluación Ciudadana; 60-Asesoría de Estudios de Impacto de Mecanismos de Monitoreo Ciudadano.



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 29/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 031-0267169-4 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO YSABEL MARIA NUÑEZ  
 DIRECCION Ysabel M. Nuñez TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA LA REALIZACION UNA RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00
<p><i>Ysabel M. Nuñez</i>  <i>031-0267169-4</i></p>									

~~CR #670~~  
 CK #6772  
 comp. 1307

*Maria Ethes de los Angeles*  
 Contador  
 Presidente Concejo Municipal  
 (sólo debe firmarse es partida extrapresupuestaria)  
 Alcaldia

Total General RD\$	10.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	10.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001307

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

YSABEL MARIA NUÑEZ

Por Valor de RD\$ 10,000.00

DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$10,000.00 PARA LA REALIZACION UNA RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre  
Contadora  
Cargo

Miguel Angel  
Nombre  
Contador  
Cargo

ANOLINO GERMOSER  
Nombre  
ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Miguel Angel  
Firma

[Firma]  
Firma



Tamboril, 27 de agosto del 2017

**SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS**

**VIA: CLARA MARTINEZ  
SECRETARIA DEL ALCALDE**

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle la ayuda para la realización de un estudios médicos, ya que no cuento con los recursos suficiente.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada



*Ysabel Maria Nuñez*  
**Ysabel Maria Nuñez**  
**031-0267169-4**







Dr. Manuel de Jesús Ramón Martínez



Cirujano Ortopeda y traumatólogo  
Pontificia Universidad Católica Madre y maestra  
Sub especialista en Cirugía Articular y Artroscópica de Rodilla y Hombro  
Egresado del Hospital Edgardo Rebagliati Martins • Lima, Perú

Rx IRM de Región Cervical.

Femurina de 44A con historia de lesión cervical  
Unico, postese de ambos miembros super-  
iores y pérdida de la fuerza

DX: Neoplasia de la base



Firma del Medico

Paciente

Isabel María Niño

Edad

44A

Fecha

25/4/17


FAVOR NO CAMBIAR LA RECETA

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Por este medio le informamos que la paciente Isabel María Núñez, cédula 031-0267169-4, se le debe realizar una Resonancia Magnética de Columna Cervical, por un valor de RD\$13,200.00 (trece mil pesos con 00/100).

Dada a solicitud de la parte interesada el día 28 del mes de agosto del año 2017.

Atentamente,

  
Lic. Dulce Colón  
Gerente Imágenes Diagnóstica  
Tel.: 809-580-1171 ext. 7141





Autarizado la ayuda  
por el Señora alcaldesa  
Amayalima Germasén de  
10,000 Diez mil pesos  
para ayuda de la colab-  
oración de un estudio  
médico. 809-285-5506

Clara Martínez  
28/08/17





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. 006773  
DIA MES AÑO  
2 7 2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: ALCIDES NAPOLEON VENTURA

RD\$

3.020.00

TRES MIL VEINTE CON 00/100




**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

#006773# 81411272713#01202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0302 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001334 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
1430/002-2121 Educación - Contratación PSE DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017   032-0015716-6		JUECES DE PERSONAL CONTRATADO E INDEFINIDO	
			TOTAL

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura; Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006774**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: HERMOGENES CAPELLAN **RD\$** 2,360.00

DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

006774 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001334 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.0002-21121 Educación - Contratación FISC DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>Hermogenes Capellan</i>			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006775**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: LEONARDO FERMIN HERNANDEZ **RD\$**

10,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

⑈006775⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. Z/17-001334 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
LEONARDO FERMIN HERNANDEZ - PAGO DE LA NOMINA POR 14.00.0002.21121 Educación - Contratados / ERE DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>DIO</i> <i>Franmin Cepel</i> <i>032 0026120-4</i>		Sueldos al personal contratado e igualado	10,000.00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: 'Nómina Fija' Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_ Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educacion, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA.- 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Sueldos al personal contratado e igualado	21.740.00

Total General RD\$ 21.740.00

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>21.740.00</b>

*Marta Esther Paz Cruz*  
 Presidente Contabilidad Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 (Sólo debe firmarse en la partida presupuestaria)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1- Contabilidad; 2- Tesorería; 3- Sindicatura; 4- Controlaría; 5- Gerencia de Presupuesto; 6- Gerencia de Planeación; 7- Gerencia de Asesoría; 8- Gerencia de Evaluación; 9- Gerencia de Estadística; 10- Gerencia de Informática; 11- Gerencia de Mantenimiento; 12- Gerencia de Obras y Servicios; 13- Gerencia de Recursos Humanos; 14- Gerencia de Seguridad; 15- Gerencia de Tránsito y Obras Públicas; 16- Gerencia de Turismo y Cultura; 17- Gerencia de Urbanismo y Obras Públicas; 18- Gerencia de Zonificación y Obras Públicas; 19- Gerencia de Zonificación y Obras Públicas; 20- Gerencia de Zonificación y Obras Públicas.  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 Contabilidad  
 Gestión 2016-2020  
 Tesorería  
 Gestión 2016-2020  
 Sindicatura  
 Gestión 2016-2020



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA \_\_\_\_\_ Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Sueldos al personal contratado e igualado	21.740.00

*Comprobo  
 Francisco  
 032 0026130*

*031-0250941-5*

*Maria Esther Diaz*  
 Contador

*[Signature]*  
 Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Total General: RD\$	21.740.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	21.740.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001334

**Se solicita la emisión de cheque a favor de:**

14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG

**Por Valor de RD\$** 21,740.00

VEINTIUN MIL SETECIENTOS CUARENTA CON 00/100 PESOS

**Por Concepto de:**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-21121 Educacion - Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DELAÑO 2017

**Elaborado por**

Rosa Caraballo Miguel Angel C. I.  
Nombre

Ena. R.H. H.H.  
Cargo

[Firma]  
Firma

**Revisado por**

[Firma]  
Nombre

Control  
Cargo

[Firma]  
Firma

**Autorizado por**

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma



rcaraballo



**TESORERIA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0002-2.1.1.2.01**  
**PARTIDA: 14.00.0002-2.1.1.2.01**  
**MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017**

Hoja N°: 1 de 1  
 N° Comprobante: 2017-001334  
 Año Presupuesto: 2017

VALORES EN RD\$

N°	Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0012	ALCIDES NAPOLEON VENTURA	DIRECTOR DE LA BIBL	032-0015716-6	3,020.00	0.00	0.00	3,020.00	CK-N°6773	
0204	FRANCISCO RODRIGUEZ	CHOFER DE LA ACAD E	032-0003336-7	3,500.00	0.00	0.00	3,500.00	NE-N°15	
0234	HERMOGENES CAPELLAN	PORTERO ESCOLAR	032-0005569-1	2,360.00	0.00	0.00	2,360.00	CK-N°6774	
0353	LEONARDO FERMIN HERNANDEZ	SUPER. QUISQUEYA A	031-0250941-5	10,000.00	0.00	0.00	10,000.00	CK-N°6775	
0607	YANERIS MARTINEZ FERNANDEZ	BIBLIOTECARIA	031-0479208-4	2,860.00	0.00	0.00	2,860.00	NE-N°15	
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>21,740.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>21,740.00</b>		

**Total Empleados: 5**

Certifico que esta nómina de pago consta de 1 hojas, está correcta, que las personas enumeradas en la misma han sido legalmente nombradas, y que cada una de ellas ha rendido la respectiva requeridos por la ley y reglamentaciones durante el período mencionado; que dichos servicios han sido ejecutados bajo mi supervigilancia y que ninguna persona cuyo nombre consta en esta nómina ha sido pagado por período de ausencia con exceso del que concede la ley.

Encargado de Recaudación

Encargado de Contabilidad

Contralora Municipal

Tesorería Municipal

Alcaldesa Municipal



CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No. 006776

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

ANA SILVIA LORA PICHARDO

RD\$

2,000.00

DOS MIL CON 00/100



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

006776# 23411272743401202108684# 59

Cap. No. Sub-Objeto Fondo Comprobante No. 2017-001330 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.000-21121-Salud - Salud Comunitaria - FSC DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017			
			
<i>ana silvia lora</i>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006777**  
DIA MES AÑO  
2 9 17

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: FRANCISCO MANUEL RICHARDO **RD\$** 3.000.00

TRES MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*

FIRMA(S)

006777 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo 2017-001336 Comprobante No. 2908/2017 Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>14.00.0005-21121-Salud - Salud Contratados, ESSA DEL MUNICIPIO AGOSTO DEL AÑO 2017</p> <p><i>Francisco M. Ricardo</i> <i>032 0012147-7</i></p>		<i>ana nitro</i>	
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mocl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.1.01.2.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Sueldos al personal contratado e igualado	11.250.00

Total General RD\$ 11.250.00

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>11.250.00</b>



Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Sindicatura; 4-Asesoría Jurídica; 5-Asesoría Técnica; 6-Asesoría Social; 7-Asesoría Ambiental; 8-Asesoría de Género; 9-Asesoría de Planeación; 10-Asesoría de Evaluación; 11-Asesoría de Seguimiento y Monitoreo; 12-Asesoría de Impacto Social; 13-Asesoría de Impacto Ambiental; 14-Asesoría de Impacto Cultural; 15-Asesoría de Impacto Económico; 16-Asesoría de Impacto Político; 17-Asesoría de Impacto Social; 18-Asesoría de Impacto Ambiental; 19-Asesoría de Impacto Cultural; 20-Asesoría de Impacto Económico; 21-Asesoría de Impacto Político; 22-Asesoría de Impacto Social; 23-Asesoría de Impacto Ambiental; 24-Asesoría de Impacto Cultural; 25-Asesoría de Impacto Económico; 26-Asesoría de Impacto Político; 27-Asesoría de Impacto Social; 28-Asesoría de Impacto Ambiental; 29-Asesoría de Impacto Cultural; 30-Asesoría de Impacto Económico; 31-Asesoría de Impacto Político; 32-Asesoría de Impacto Social; 33-Asesoría de Impacto Ambiental; 34-Asesoría de Impacto Cultural; 35-Asesoría de Impacto Económico; 36-Asesoría de Impacto Político; 37-Asesoría de Impacto Social; 38-Asesoría de Impacto Ambiental; 39-Asesoría de Impacto Cultural; 40-Asesoría de Impacto Económico; 41-Asesoría de Impacto Político; 42-Asesoría de Impacto Social; 43-Asesoría de Impacto Ambiental; 44-Asesoría de Impacto Cultural; 45-Asesoría de Impacto Económico; 46-Asesoría de Impacto Político; 47-Asesoría de Impacto Social; 48-Asesoría de Impacto Ambiental; 49-Asesoría de Impacto Cultural; 50-Asesoría de Impacto Económico; 51-Asesoría de Impacto Político; 52-Asesoría de Impacto Social; 53-Asesoría de Impacto Ambiental; 54-Asesoría de Impacto Cultural; 55-Asesoría de Impacto Económico; 56-Asesoría de Impacto Político; 57-Asesoría de Impacto Social; 58-Asesoría de Impacto Ambiental; 59-Asesoría de Impacto Cultural; 60-Asesoría de Impacto Económico; 61-Asesoría de Impacto Político; 62-Asesoría de Impacto Social; 63-Asesoría de Impacto Ambiental; 64-Asesoría de Impacto Cultural; 65-Asesoría de Impacto Económico; 66-Asesoría de Impacto Político; 67-Asesoría de Impacto Social; 68-Asesoría de Impacto Ambiental; 69-Asesoría de Impacto Cultural; 70-Asesoría de Impacto Económico; 71-Asesoría de Impacto Político; 72-Asesoría de Impacto Social; 73-Asesoría de Impacto Ambiental; 74-Asesoría de Impacto Cultural; 75-Asesoría de Impacto Económico; 76-Asesoría de Impacto Político; 77-Asesoría de Impacto Social; 78-Asesoría de Impacto Ambiental; 79-Asesoría de Impacto Cultural; 80-Asesoría de Impacto Económico; 81-Asesoría de Impacto Político; 82-Asesoría de Impacto Social; 83-Asesoría de Impacto Ambiental; 84-Asesoría de Impacto Cultural; 85-Asesoría de Impacto Económico; 86-Asesoría de Impacto Político; 87-Asesoría de Impacto Social; 88-Asesoría de Impacto Ambiental; 89-Asesoría de Impacto Cultural; 90-Asesoría de Impacto Económico; 91-Asesoría de Impacto Político; 92-Asesoría de Impacto Social; 93-Asesoría de Impacto Ambiental; 94-Asesoría de Impacto Cultural; 95-Asesoría de Impacto Económico; 96-Asesoría de Impacto Político; 97-Asesoría de Impacto Social; 98-Asesoría de Impacto Ambiental; 99-Asesoría de Impacto Cultural; 100-Asesoría de Impacto Económico.



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.1.01.2.01	13	20	1955	100	0	4203	Sueldos al personal contratado e igualado	11.250.00

*(Handwritten signatures and scribbles over the table area)*

*(Handwritten signature: María Esther Díaz)*

Contador

Contralor Municipal

Total General RD\$

11.250.00

Retenciones

Total Retenciones

Monto Neto a Pagar RD\$

11.250.00

Presidente Concejo Municipal

(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
caraballo



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001335

**Se solicita la emisión de cheque a favor de:**

14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG

**Por Valor de RD\$** 11,250.00

ONCE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA CON 00/100 PESOS

**Por Concepto de:**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0003-21121 Salud - Salud Contratados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

**Elaborado por**

**Revisado por**

**Autorizado por**

Rosa Caraballo  
Nombre

Miguel Angel  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Enc. RR. HH.  
Cargo

Contable  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma

[Firma]  
Firma



rcaraballo



**TESORERIA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0003-2.1.1.2.01 Salud - Salud Contratados / ESG**  
**PARTIDA: 14.00.0003-2.1.1.2.01**  
**MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017**

Hoja No.: 1 de 1  
 No Comprobante: 2017-001  
 Año Presupuesto: 2017

VALORES EN RD\$

Nº	Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0019	ALTAGRACIA J. GONZALEZ	PROMOTORA DE SALL	032-0024772-8	1,250.00	0.00	0.00	1,250.00	NE-Nº16	
0033	ANA SILVIA LORA PICHARDO	PROMOTORA DE SALL	032-0016230-7	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CK-Nº6776	<i>[Signature]</i>
0203	FRANCISCO MANUEL PICHARDO	PROMOTOR	032-0012147-7	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	CK-Nº6777	<i>[Signature]</i>
0222	GILBERTO RAFAEL PEREZ	AYUDANTE DEL FUMIC	032-0004998-3	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	NE-Nº16	
0424	MARITZA HILARIO SANTOS	PROMOTORA DE SALL	031-0129362-3	2,500.00	0.00	0.00	2,500.00	NE-Nº16	
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>11,250.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>11,250.00</b>		

**Total Empleados: 5**

Certifico que esta nómina de pago consta de 1 hojas, está correcta, que las personas enumeradas en la misma han sido legalmente nombradas, y que cada una de ellas ha rendido los servicios requeridos por la ley y reglamentaciones durante el periodo mencionado; que dichos servicios han sido ejecutados bajo mi supervigilancia y que ninguna de ellas tiene el nombre consta en esta nómina es pagada por periodo de ausencia con exceso del que concede la ley.

*[Signature]*  
 Encargado/a de Nómina

*[Signature]*  
 Encargado/a de Contabilidad

*[Signature]*  
 Contralor/a Municipal

*[Signature]*  
 Tesorero/a Municipal

*[Signature]*  
 Alcaldesa Municipal

*[Signature]*  
 Sindicatura



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **006778**

DIA	MES	AÑO
29	03	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
 CHEQUE A LA ORDEN DE: CLARITZA MARIA PADILLA

**RDS**



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*  
 FIRMA(S)

\*006778\* 21411292713401202108684\* 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001341 Fecha 29/03/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Josefina Mendocza</i> 031 0025807-2			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

No. **006779**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: DELVIN RAFAEL ABREU **RD\$** 1.000,00



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten Signature]*  
 FIRMA(S)

006779 21411272713001202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
DELVIN RAFAEL ABREU - PAGO DE LA RUMINANTE 14.00.0002-24141 Beca de Estudios - Programaria i ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017  <i>Delvin Rafael Abreu</i> 032-0039220-1			1.000,00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006781**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: EMELY RODRIGUEZ MARTINEZ **RD\$** 3,000.00

TRES MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Circular stamp]* *[Signature]*  
FIRMA(S)

⑈006781⑈ 21411272743⑆01202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
EMELY RODRIGUEZ MARTINEZ - PESO DE LA INDEPENDENCIA 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programativas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017			3,000.00
<i>Aunts Pz</i> <i>032-0000430-1</i>			3,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006784**

DIA	MES	AÑO
29	02	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: MASSIEL LEONELA CESPEDES **RD\$** 1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

#006784# 21411272713#01202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0012 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/02/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Dominica ant mortuus</i> <i>032-0016707-4</i>			1,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

006785

No.

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: NILKA SANTOS ROSARIO

RD\$

1,000.00

MIL CON 00/100



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006785 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>NILKA SANTOS ROSARIO - PAGO DE LA NOMINA POR 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017</p> <p><i>Nilka Santos</i> 031.0025807-2</p>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

006786

No.

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

OLGA LIDIA PEÑA ORTEGA

RD\$

2,000.00

DOS MIL CON 00/100

PESOS

MONEDA DE CURSO LEGAL



*[Handwritten signature]*

FIRMA(S)

#006786# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.002-24141 Beca de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>penal tobria</i> <i>0320635025.8</i>			2,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA

*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006787**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: SANDY DE JESUS POLANCO VERAS **RD\$**

1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006787 21411292713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo 14.001002-24.001 Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
Sandy Polanco 402-1278368-8			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006789**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: **ZAHONY TAVAREZ POLANCO** **RDS** **1,000.00**

MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

⑈006789⑈ 21411272713601202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
ZAHONY TAVAREZ POLANCO - PASO DE LA NOMINATIVA 14.00.0002-26141 Becas de Estudios - Programas I ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>Zahony Tavarez Polanco</i> <i>032-0039557-L</i>			1,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **006790**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: **ABRAHAN ARIAS BURDUAN** **RD\$** **2,000.00**

DOS MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

⑈006790⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.0002-24141 Decas de Estudios - Programa de PAGO DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>Abraham Arias</i> <i>032-00322380</i>			2,000.00
<b>TOTAL</b>			2,000.00

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **006791**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: **INJER STALING FLORES** **RD\$** 1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

⑈006791⑈ 21411272713⑈01202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
INJER STALING FLORES PAGO DE LA NOMINATVA 14.00.0002-24141 Beca de Estudios - Programada / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	1400.0002-241401 BECAS Nacionales		1,000.00
 402-2339599-3			1,000.00
		TOTAL	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas;  
Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura  
Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **006792**  
DIA MES AÑO  
29 08 2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: AMELIA DEL CARMEN LOPEZ **RDS** 2,000.00

DOS MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

006792 21411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
AMELIA DEL CARMEN LOPEZ - PASO DE LA ADMINISTRACION 14 00 0002-2414 Meses de Pagos Programados / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO <i>Am 2017</i> <i>402-2333412-5</i>		Delas Nacionales	2,000.00
<b>TOTAL</b>			2,000.00

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006794**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: KISBEL ALT. MOTA FERMIN **RD\$** 1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

⑈006794⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.0002-24141 Escas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017 <i>Trosibely Mota</i> <i>001-0528482-2</i>		DECSAS NACIONALES	1,000.00
<b>TOTAL</b>			1,000.00

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **006795**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: HEIDY ALEXANDRA VERAS **RD\$**

1,500.00

MILQUINIENTOS CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
FIRMA(S)

006795 21411272713101202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
HEIDY ALEXANDRA VERAS - PAGO DE LA NOMINATIVA 14.00.0002-24141 Beca de Estudios - Programazip / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	14.00.0002-241401 Becas Nacionales		1,500.00
<i>Sandra Meléndez</i> <i>P.O.R</i> <i>032-006310-7</i>			1,500.00
		TOTAL	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.







Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006798**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: DIANELLY DEL CARMEN MARTINEZ **RD\$** 1,000.00

MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*  
FIRMA(S)

#006798# 21411272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
DIANELLY DEL CARMEN MARTINEZ - PAGO DE LA NOMINA P... 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES AGOSTO DEL AÑO 2017 <b>Ana Beatriz Mart.</b> <b>032-0039535-2</b>			1,000.00
<b>TOTAL</b>			1,000.00

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **006799**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: JENNIFER ALEXANDRA LOPEZ **RD\$** 1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

⑈006799⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
JENNIFER ALEXANDRA LOPEZ - PAGO DE LA NOMINATIVA - 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	14.00.0002-241401	Becas Nacionales	1,000.00
<i>Jennifer Lopez 402-1001907-7</i>			1,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006800**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: **HILDA ELISA ROSARIO** **RD\$** **3.000.00**

TRES MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

006800 2141127271301202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>HILDA ELISA ROSARIO - PASO DE LA NOMINAT DA</i> <i>14.00.0002-24141 Becas de Estudiantes - Beca de Maestría / ESP DEL MES</i> <i>Dr. Julio Rosario</i> <i>032-00-18483-0</i>			3.000.00
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006801**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: WILKINS GUARIONEX RODRIGUEZ **RD\$** 2,000.00

DOS MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006801 29082017 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
WILKINS GUARIONEX RODRIGUEZ - PAGO DE LA NOMINATUA - 14.00.0002-24141 Beca de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	14.00.0002-24141	Beas Nacionales	2,000.00
 402-1046 3/4-3			2,000.00
		<b>TOTAL</b>	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006803**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: MELANI NATHALIA REYES GOMEZ **RD\$**

1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

⑈006803⑈ 21411272713101202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
MELANI NATHALIA REYES GOMEZ - PAGO DE LA NOMINA FUJA - 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	14.00.0002-24141	Becas Nacionales	1,000.00
<i>[Handwritten signature]</i> <i>032-00144628</i>			1,000.00
		TOTAL	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas;  
Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura  
Mcp.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006804**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: MARIA ERIDANIA FABIAN PEÑA **RD\$** 1,000.00

MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

⑈006804⑈ 21411272713401202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017  <i>Maria E. Fabian</i>  <i>032.0038448-9</i>			1,000.00
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006805**

DIA	MES	AÑO
29	08	2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: MARLENY GUZMAN LUNA **RD\$** 3,000.00

TRES MIL CON 00/100

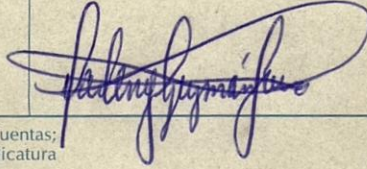


**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

  
  
FIRMA(S)

#006805# 21411272713001202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
MARLENY GUZMAN LUNA - PAGO DE LA NOMINATIA - 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadza / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017	14.00.0002-241401	Becas Nominatias	3,000.00
			3,000.00
		TOTAL	

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas;  
Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura  
Mcp.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006806**  
DÍA MES AÑO  
29 08 2017

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: JONELI DE LA CRUZ EVORA **RD\$** 1,000.00



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
*[Signature]*  
FIRMA(S)

⑈006806⑈ 21411272713⑈01202108684⑈ 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001340 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
JONELI DE LA CRUZ EVORA - PAGO DE LA NOMINATIA 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programada / ESG DEL MES DE A COSTO DEL AÑO 2017  <i>Joneli de la Cruz</i> <i>402-1498862-4</i>	1.000.002.24.14.01	Becas Nacionales	1,000.00
<b>TOTAL</b>			1,000.00

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Nómina Fija Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000000 RNC/CEDULA Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202106684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.4.01.4.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Becas Nacionales	42.500.00

*Mano de la Contabilidad*  


*[Signature]*  


Total General RD\$	42.500.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	42.500.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
 caraballo



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 29/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001340

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG

Por Valor de RD\$ 42.500.00

CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO DE LA NOMINA FIJA - 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Rosa Caraballo

Nombre

Miguel Ángel

Nombre

ANTOLINO GERROSEN

Nombre

Enc. RR.HH.

Cargo

Contable

Cargo

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

[Firma]

Firma

[Firma]

Firma

Firma



rcaraballo



**TESORERÍA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**

**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG**

**PARTIDA: 14.00.0002-2.4.1.4.01**

**MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017**

N° Comprobante: 2017-001340

Año Presupuesto: 2017

VALORES EN RD\$

N°	Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0632	ABRAHAN ARIAS BURDUAN	ESTUDIANTE	032-0032238-0	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CK-N°6790	<i>Abraham Arias Burduan</i>
0650	AMELIA DEL CARMEN LOPEZ	ESTUDIANTE		2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CK-N°6792	<i>Amelia Lopez</i>
0748	ANGELICA MARIA CAPELLAN	ESTUDIANTE		1,500.00	0.00	0.00	1,500.00	CK-N°6796	<i>Angelica Capellan</i>
0103	CLARITZA MARIA PADILLA	ESTUDIANTE	402-2349631-2	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6778	<i>Claritza Padilla</i>
0120	DELVIN RAFAEL ABREU	ESTUDIANTE	032-0039220-1	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6779	<i>Delvin Abreu</i>
0773	DIANELLY DEL CARMEN MARTINEZ	ESTUDIANTE	402-2101900-9	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6798	<i>Dianelly Martinez</i>
0126	DIOSMERY ALT. RODRIGUEZ	ESTUDIANTE	402-2027208-8	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6780	<i>Diosmery Alt. Rodriguez</i>
0158	EMELY RODRIGUEZ MARTINEZ	ESTUDIANTE	402-2347848-4	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	CK-N°6781	<i>Emely Rodriguez</i>
0161	ESCATERY LOPEZ VERAS	ESTUDIANTE	032-0040029-3	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6782	<i>Escatery Lopez</i>
0833	ESTEFFANY YOSSEL VERAS RIVAS	ESTUDIANTE	402-1364109-1	1,500.00	0.00	0.00	1,500.00	CK-N°6802	<i>Esteffany Yosel Veras</i>
0742	HEIDY ALEXANDRA VERAS	ESTUDIANTE		1,500.00	0.00	0.00	1,500.00	CK-N°6795	<i>Heidy Alexandra Veras</i>
0819	HILDA ELISA ROSARIO	ESTUDIANTE		3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	CK-N°6800	<i>Hilda Elisa Rosario</i>
0647	INJER STALING FLORES	ESTUDIANTE		1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6791	<i>Injer Staling Flores</i>
0788	JENNIFER ALEXANDRA LOPEZ	ESTUDIANTE		1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6799	<i>Jennifer Lopez</i>
0872	JONELI DELA CRUZ EVORA	ESTUDIANTE	402-1498862-4	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6806	<i>Joneli de la Cruz</i>
0688	KATERIN JOHANNY LEON SANTANA	ESTUDIANTE	032-0038516-3	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	CK-N°6793	<i>Katerin Johanny Leon</i>
0689	KISBEL ALT. MOTA FERMIN	ESTUDIANTE		1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6794	<i>Kisbel Alt. Mota</i>
0364	LUIS ANIBAL ESPINAL	ESTUDIANTE	032-0039863-8	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CK-N°6783	<i>Luis Anibal Espinal</i>
0860	MARIA ERIDANIA FABIAN PEÑA	ESTUDIANTE	032-0038448-9	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6804	<i>Maria Eridania Fabian</i>
0861	MARLENY GUZMAN LUNA	ESTUDIANTE	402-2221372-6	3,000.00	0.00	0.00	3,000.00	CK-N°6805	<i>Marleny Guzman</i>
0428	MASSIEL LEONEIA CESPEDES	ESTUDIANTE	402-2050699-8	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6784	<i>Massiel Leoneia Céspedes</i>
0842	MELANI NATHALIA REYES GOMEZ	ESTUDIANTE	402-1456419-3	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6803	<i>Melani Nathalia Reyes</i>
0459	NILKA SANTOS ROSARIO	ESTUDIANTE	402-2350003-0	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6785	<i>Nilka Santos</i>
0467	OLGA LIDIA PEÑA ORTEGA	ESTUDIANTE	402-2437459-1	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CK-N°6786	<i>Olga Lidia Peña</i>
0571	SANDY DE JESUS POLANCO VERAS	ESTUDIANTE	402-2351672-1	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CK-N°6787	<i>Sandy Polanco</i>



**TESORERIA MUNICIPAL: Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**LISTADO DE PAGO DEL PERSONAL DE 14.00.0002-24141 Becas de Estudios - Programadas / ESG**  
**PARTIDA: 14.00.0002-2.4.1.4.01**  
**MES DE AGOSTO DEL AÑO 2017**

Hoja No.: 2 de 2  
 No Comprobante: 2017-001340  
 Año Presupuesto: 2017

VALORES EN RD\$

Nº	Nombre	Cargo	Cedula	Total Bruto	Otros Ing.	Descuentos	Total Neto	Tipo Pago	Firma
0827	WILKINS GUARIONEX RODRIGUEZ	ESTUDIANTE	402-1046314-3	2,000.00	0.00	0.00	2,000.00	CR-Nº6801	
0609	YENIPHER RODRIGUEZ QUEZADA	ESTUDIANTE	402-2099879-9	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CR-Nº6788	
0626	ZAHONY TAVAREZ POLANCO	ESTUDIANTE	032-0039557-6	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	CR-Nº6789	
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>42,500.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>42,500.00</b>		

Total Empleados: 28

Certifico que esta nómina de pago consta de 2 hojas, está correcta, que las personas enumeradas en la misma han sido legalmente nombradas, y que cada una de ellas ha rendido los servicios requeridos por la ley y reglamentaciones durante el periodo mencionado, que dichos servicios han sido ejecutados bajo mi supervigilancia y que ninguno de los señalados en esta nómina es pagado por periodo de ausencia con exceso del que concede la ley.



Encargada de Memoria



Encargado de Contabilidad



Contraloría Municipal

Alcalde/a Municipal



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

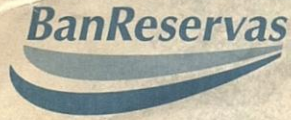
006749

No.

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

RD\$



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Sub m J roy 121-0009484-1</i>			
<b>PAGADO</b> 03 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000167      RNC/CEDULA 131-07098-9      Orden Compra

BENEFICIARIO HERMANOS SANTANA TAVAREZ      *Senior. Jover 121-00094841*

DIRECCION CALLE REAL NO. 173      TELEFONO 809-570-9322

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA SUMA RD\$ 72727.31 MENSO EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR SUMINISTROS DE PRODUCTOS MEDICINALES, PARA SER DONADO A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS [CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 72,727.31 x 5% = 3,636.37 ]

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.3.04.1.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Productos medicinales	72,727.31

**PAGADO**  
03 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK # 6749  
Comp. 1220



Total General RD\$	72,727.31
Retenciones	
Total ISR Retencion del 5% para	3,636.37
Total Retenciones	3,636.37
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>69,090.94</b>

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Comunicación y Prensa; 4-Asesoría Jurídica; 5-Asesoría Técnica; 6-Asesoría Social; 7-Asesoría Ambiental; 8-Asesoría de Género; 9-Asesoría de Planeación; 10-Asesoría de Evaluación; 11-Asesoría de Estadística; 12-Asesoría de Informática; 13-Asesoría de Idiomas; 14-Asesoría de Investigación; 15-Asesoría de Logística; 16-Asesoría de Marketing; 17-Asesoría de Negocios; 18-Asesoría de Políticas; 19-Asesoría de Proyectos; 20-Asesoría de Relaciones Públicas; 21-Asesoría de Seguridad; 22-Asesoría de Servicios; 23-Asesoría de Sistemas; 24-Asesoría de Transportación; 25-Asesoría de Turismo; 26-Asesoría de Urbanismo; 27-Asesoría de Vigilancia; 28-Asesoría de Vivienda; 29-Asesoría de Zonificación; 30-Asesoría de Otros.



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000157 RNC/CEDULA 130-07098-9 Orden Compra  
 BENEFICIARIO HERMANOS SANTANA TAVAREZ *S. Santana* 121-00094841  
 DIRECCION CALLE REAL NO. 173 TELEFONO 809-570-9322  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA SUMA RD\$ 72727.31 MENSO EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR SUMINISTROS DE PRODUCTOS MEDICINALES, PARA SER DONADO A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS  
 [CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 72,727.31 x 5% = 3,636.37 ]

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.3.04.1.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Productos medicinales	72,727.31

CR # 6749  
comp. 1220

*Maria Esther Diaz*  
 Contador  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
*[Signature]*  
 Contralor Municipal  
 Tesorera  
 Alcalde

Total General RD\$	72,727.31
<b>Retenciones</b>	
Total ISR Retencion del 5% para	3,636.37
<b>Total Retenciones</b>	<b>3,636.37</b>
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>89,090.94</b>

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto mdiez



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 03/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001220

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

HERMANOS SANTANA TAVAREZ

Por Valor de RD\$ 69,090.94

SESENTA Y NUEVE MIL NOVENTA CON 94/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO DE LA SUMA RD\$ 72727.31 MENSO EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR SUMINISTROS DE PRODUCTOS MEDICINALES , PARA SER DONADO A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS

Elaborado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Contador  
Cargo

Angela  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma

mdiaz





**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**Relación de Facturas a Pagar**

Proveedor: 0157 HERMANOS SANTANA TAVAREZ

Nº Comp.: 2017-1220 Fecha Comp.: 3/8/17

Fecha	Nº Factura	Valor	Monto a Pagar
17/7/17	131508	600.12	600.12
17/7/17	131525	800.54	800.54
17/7/17	131620	500.15	500.15
17/7/17	131729	1,000.00	1,000.00
17/7/17	131731	1,000.30	1,000.30
17/7/17	131733	1,025.82	1,025.82
17/7/17	131753	3,500.00	3,500.00
17/7/17	131754	800.00	800.00
17/7/17	131755	3,838.38	3,838.38
17/7/17	132018	3,500.00	3,500.00
17/7/17	132116	750.24	750.24
17/7/17	132270	410.00	410.00
17/7/17	132291	600.00	600.00
17/7/17	132754	503.00	503.00
17/7/17	132834	1,000.00	1,000.00
17/7/17	132841	800.78	800.78
17/7/17	133601	850.00	850.00
17/7/17	133750	1,593.00	1,593.00
17/7/17	133758	500.04	500.04
17/7/17	133778	700.00	700.00
17/7/17	133834	700.00	700.00
17/7/17	133836	700.00	700.00
17/7/17	133841	1,000.00	1,000.00
17/7/17	133847	813.00	813.00
17/7/17	133849	2,200.00	2,200.00
17/7/17	133916	786.08	786.08
17/7/17	133918	1,200.00	1,200.00
17/7/17	133947	700.00	700.00
17/7/17	134044	600.10	600.10
17/7/17	134060	400.20	400.20
17/7/17	134082	3,500.00	3,500.00
17/7/17	134122	1,591.24	1,591.24
17/7/17	134124	975.00	975.00
17/7/17	134126	4,134.15	4,134.15
17/7/17	134153	1,000.00	1,000.00
17/7/17	134157	3,124.50	3,124.50
17/7/17	134159	1,122.00	1,122.00
17/7/17	134160	1,000.00	1,000.00
17/7/17	134170	1,260.00	1,260.00
17/7/17	134227	2,290.93	2,290.93

3/8/17

SIAIM





## Ayuntamiento Municipal de Tamboril

### Relación de Facturas a Pagar

17/7/17	134229	4,425.30	4,425.30
17/7/17	134240	3,415.71	3,415.71
17/7/17	1596782	900.76	900.76
17/7/17	1596783	1,200.00	1,200.00
17/7/17	1596785	938.00	938.00
17/7/17	1596786	3,107.27	3,107.27
17/7/17	1597065	2,217.00	2,217.00
17/7/17	1598683	3,153.70	3,153.70
<b>Total a Pagar</b>			<b>72,727.31</b>





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

No. 006751

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

FERNANDO LOPEZ

RD\$




PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*

FIRMA(S)

006751 26411272713401202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo Comprobante No. 2017-011724 Fecha 15/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>FERNANDO LOPEZ AYUDA POR LA SUMANDA GUARDO PARA EL ADQUIERIR UN MISO LIGHT, PARA CELEBRAR LAS FIESTAS PATRONALES SAN ROQUE SE CELEBRANA DEL 08 DE AGOSTO AL 10 DE AGOSTO DEL 2017.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>			
			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 031-2459007-4      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO: FERNANDO LOPEZ *Fernando Lopez*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA EL AQUILER UN DISCO LIGHT, PARA CELEBRAR LAS FIESTAS PATROANLES SAN ROQUE SE CELEBRARA DEL 08 DE AGOSTO AL 18 DE AGOSTO DEL 2017.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	8.000.00

*CK #6751  
COMP. 1226*  
**PAGADO**  
 10 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril



Total General RD\$	8.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	8.000.00

(Solo debe firmarse en el presente Concejo Municipal para el presupuesto)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contratación; 4-Presupuesto  
 Indizar



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com.  Dev.  Pag.

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RINGCEDULA 031-0459007-4 Orden Compra

BENEFICIARIO FERNANDO LOPEZ *Fernando Lopez*

DIRECCION TELEFONO

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA EL AQUILER UN DISCO LIGHT PARA CELEBRAR LAS FIESTAS PATROANLES SAN ROQUE SE CELEBRARA DEL 08 DE AGOSTO AL 18 DE AGOSTO DEL 2017

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	8.000.00

*Fernando Lopez*

*CR # 6751  
COMP. 1226*

Total General RD\$ 8.000.00

Contador

Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal

(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 8.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto  
rdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 08/08/2017

N° Comprobante: 2017-001226

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FERNANDO LOPEZ

Por Valor de RD\$ 8,000.00

OCHO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA EL AQUILER UN DISCO LIGHT, PARA CELEBRAR LAS FIESTAS PATROANLES SAN ROQUE SE CELEBRARA DEL 08 DE AGOSTO AL 16 DE AGOSTO DEL 2017.

Elaborado por

Marcia Esthervia  
Nombre

Contadora  
Cargo

Marcia Esthervia  
Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Angel  
Firma

Autorizado por

ANTOLINA BERMUDEZ  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Antolina Bermudez  
Firma

mdiaz





Tamboril, 18/7/2017

Lic. Anyolino Germosen  
Alcalde de Tamboril.



Distinguido Alcalde:

Después de un cordial saludo, la presente es para solicitarle la colaboración del Disco light para la celebración de nuestra Fiesta Patronales, la cual se celebrará del 8 al 16 de agosto del año en curso.

Esperando contar con su colaboración y agradeciéndole las atenciones prestadas a esta comunicación.

Atentamente,

  
Fernando López  
Presidente

  
Julio López  
Secretario

  
Carlos Hilario  
Primer Vocal.





NANO DISCO LIGHT  
ZONA DE TAMBORIL  
Tel: 809-743-7123

# COTIZACION

Fecha: 07 de agosto del 2017.

CLIENTE: FERNANDO LOPEZ

DIRECCION: tamboril

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO
9	Alquiler de disco de light del 8 de agosto al 16	RD\$ 9,000.00
	<b>TOTAL</b>	<b>RD\$ 9,000.00</b>

Adriano López  
propietario





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001 202108684

No. **006752**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: HERNANDEZ **RD\$**



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006752# 21411272713601202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 10003 Fondo 10003 Comprobante No. 2017-001227 Fecha 08/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
ESTADÍSTICA DE SALUD, Y NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS			4.000,00
<b>TOTAL</b>			

**PAGADO**  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

*Desi Pamela Rojas*

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



Form N° \_\_\_\_\_  
 Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE N° 2017-001227  
 FECHA 08/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 054-0022082-7 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO YOMERY HERNANDEZ *Yomery Hernandez*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuentas de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIOS MEDICO, DICHA SENORA ESTA MUY DELICADA DE SALUD, Y NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	4.000.00

CK#6752  
 COMP. 1227

**PAGADO**  
 10 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE TAMBORIL**  
 Contabilidad  
 Gestión 2016-2020

**AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE TAMBORIL**  
 Tesorería  
 Gestión 2016-2020

Total General RD\$ 4.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Sindicatura



**COMPROBANTE DEL GASTO**

FECHA 08/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 054-0022082-7 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO YOMERY HERNANDEZ *Yomery Hernandez Pagan*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIOS MEDICO, DICHA SENORA ESTA MUY DELICADA DE SALUD, Y NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

*Yomery Hernandez Pagan*

CK#6752  
COMP.1227

*Maria Esther Diaz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

*[Signature]*  
Tesorero

*[Signature]*  
Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 micioz

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4.000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 08/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001227

Se solicita la emisión de cheque a favor de:  
YOMERY HERNANDEZ

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIOS MEDICO, DICHA SENORA ESTA MUY DELICADA DE SALUD , Y NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS.

Elaborado por

Nombre

Cargo

Firma

Revisado por

Nombre

Cargo

Firma

Autorizado por

Nombre

Cargo

Firma

*Navia Esther Díaz*

Contadora

*Navia Esther Díaz*

*Miguel Ángel*

Contador

*Miguel Ángel*

*ANTOLINO GERMOSEN*

ALCALDE MUNICIPAL

*[Firma]*





03-08-2017

Lic. Angelino Germosen  
Alcalde de Tamboril

Distinguido Señor:

Después de un cordial saludo, el motivo de la misma es para solicitarle una ayuda, para la realización de un estudio de cuerpo completo, el cual estoy enferma y no cuento con los recursos necesarios para el mismo.

Esperando que dicha petición, sea acogida por usted, y agradeciéndole de antemano.

Se despide, atentamente,

Yomery Hernández de Jimenez  
054-0022082-7





### Valoración

#### DATOS DEL PACIENTE

Nombre: **YOMERY HERNANDEZ PAULINO**  
Edad: **49 AÑOS**  
Cédula: **054-0022082-7**  
Diagnóstico: **CARCONIMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO III**  
Referido por: **DR. FELIPE SANCHEZ**

FECHA: 05/07/2017  
SUCURSAL: **SANTO DOMINGO**

Paciente	Estudio A REALIZAR	Valor del Estudio A REALIZAR
YOMERY HDEZ	Estudio PET-CT DE CUERPO COMPLETO	US\$1,900.00

*Melina Vargas*

ENTREGADO POR **MELINA VARGAS R.**

CRESA PET, S.R.L.  
130916332

YOMERY HDEZ (PCTE)

**PAGADO**  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril





LA EXCELENCIA AL ALCANCE DE TODOS  
CLÍNICA UNIÓN MÉDICA

*Dr. Felipe E. Sánchez Rodríguez*

**ONCÓLOGO - INTERNISTA**

Av. Juan Pablo Duarte, No. 176 • Torre A, 4ta Planta, Suite 404 • Santiago, República Dominicana  
Tel.: 809-226-8686 Ext.: 4404 • Celular: 829-808-6577 • E-mail: felipeeduardosanchez@hotmail.com



**POSTGRADO PUCMM • HRUJMCB • UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO • INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.**

**03-JULIO-2017**

**SOLICITUD DE PET SCAN DE CUERPO COMPLETO**

Mediante la presente hago constar que la paciente, Yomery Hernández Paulino, de 49 años de edad, cédula de identidad y electoral número: 054-0022082-7, cursa con diagnóstico de cáncer de mama derecha tipo: **CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO III, POSITIVO PARA RECEPTORES HORMONALES, NEGATIVO PARA LA PROTEINA P53 Y HER 2 NEU NEGATIVO. EC IIIA**

Recibió tratamiento de quimioterapia neoadyuvante con doxorubicina, ciclofosfamida y fluorouracilo, recibió cuatro ciclos y luego recibió paclitaxel semanal a dosis de 140mg, el cual recibió por doce semanas. Cirugía, para el 05-12-2013, RHP: **PIEZA DE MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA DERECHA CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE SIN EVIDENCIA DE TUMOR RESIDUAL CON METASTASIS A UNO DE DIEZ GANGLIOS LINFATICOS. (1/10).** También recibió tratamiento de radioterapia.

Para valorar estado actual y descartar enfermedad recurrente metastásica, solicito:

**PET SCAN DE CUERPO COMPLETO**

Atentamente,



**Dr. Felipe E. Sánchez.**  
**Oncólogo Clínico.**  
**Exequátur 288-97**





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **006753**

DÍA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: PAUL DARIUS FUERTES **RD\$**




**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

006753 21611272713101202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto URR3 Fondo URR3 Comprobante No. 2017-001232 Fecha 10/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>P901</i>			
			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Corr. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0040685-2      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO RAUL RAMOS TAVERAS  
 DIRECCION R9VI      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA LUMBAR, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DLE MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificado del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	4,000.00

**PAGADO**  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CH #6753  
Comp. 1232



*[Handwritten signature]*



Total General RD\$	4,000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4,000.00

Presidencia del Consejo Municipal  
 (Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Correlación; 4-Preaprobado  
 Índice:



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 09/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0040685-2 Orden Compra

BENEFICIARIO RAUL RAMOS TAVERAS

DIRECCION RQUI TELEFONO

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA LUMBAR, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DLE MUNICIPIO

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

CK #6753  
comp. 123

*Maria Esther Ramirez*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(sólo debe firmarse si es partida extra presupuestaria)

*[Signature]*  
Tesorero

Alcalde

Total General RD\$ 4.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Preauessto  
 copia



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 09/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001232

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

RAUL RAMOS TAVERAS

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA LUMBAR, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DLE MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

María Esther Díaz  
Nombre

Miguel Ángel Díaz  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Controlador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

María Esther Díaz  
Firma

Miguel Ángel Díaz  
Firma

[Firma]  
Firma

mdiaz





Señor: Anjolino Esmosén  
alcalde Municipal

Vía: Rosely Veras  
vice - alcalde  
enc. Asistencia Social

Queridos autoridades Municipales

Después de un saludo afectuoso la presente es para solicitar una ayuda económica para practicar una resonancia magnética ya que presento algunos problemas de columna soy de escasos recursos y necesito de su colaboración.

Esperando su aporte lo más rápido posible.

Aquí

muy atentamente







# Servicio Nacional de Salud

HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Hospital Municipal de Tamboril

Rx

I

Resonancia magnetica de  
columna.



*Sr Tejada*



Nombre:

*Raul Ramos*

Fecha:

*1/8/2017*




A: Ayuntamiento De Tamboril

De: Radiología Corporativa (EdificioDiagnosis).  
RNC: 102309574  
Tel: (809) 581-7772  
Fax: (809) 971-7772  
Santiago, Rep.Dom

Distinguido Señor :

Por medio de la presente certificamos el costo para pacientes privados de los estudios descritos a continuación, la cual se expide por solicitud de Raul Ramos

<b>Estudio</b>	<b>Costo</b>
Resonancia Magnética Lumbar	<u>Rd\$ 8.000.00</u>
<b>Total</b>	<b><u>Rd\$ 8.000.00</u></b>



**Notas:**

- Radiología Corporativa ofrece sus servicios en el Edificio de Diagnosis.
- Esta cotización es para pacientes privados. En caso de ser un paciente asegurado debe confirmar la cobertura con su ARS.
  - o Algunos estudios especiales no son cubiertos por el PDSS u otros planes.
  - o Algunas ARS no cubren el costo total del o los estudios.
- Si el pago se realizará con cheque, debe realizarlo a nombre de Radiología Corporativa, RNC 102309574.

Esperando su respuesta, queda de usted, muy atentamente,

Lic. Elizabeth Ovalle  
Administrador





COLEGIO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. 006754

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: MANUEL ANTONIO VEGA

**RD\$**



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006754 21411272713401202108684 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Manuel ant. vega 032-0010193</i>			
<b>PAGADO</b> 11 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mopl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

BASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0010819-3 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MANUEL ANTONIO VEGA *Manuel Ant. Vega*

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIOS Y ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9995	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00

CK # 6754  
COMP. 1237

**PAGADO**  
11 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*Manuel Antonio Vega*  
Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
Comandante  
Gestión 2016-2020

Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
Dente  
Sindicatura  
Gestión 2016-2020  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$ 6.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 6.000.00

Presidente del Consejo Municipal

no debe firmar si es partida extrapresupuestaria

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto

Contribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesorería: 3-Contratación: 4-Presupuesto



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 10/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0910819-3 Orden Compra

BENEFICIARIO MANUEL ANTONIO VEGA *Manuel ant. Vega*

DIRECCION TELEFONO

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIO Y ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00
<p><i>Manuel ant. Vega abn 032-0910819-3</i></p> <p><i>2017-08-10</i></p> <p><i>CK # 6754 COMP. 1237</i></p>									

*Maria Esther Díaz*  
Contador

*Augusto*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
*(Signature)*  
Alcalde

Total General RD\$ 6.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	6.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Corresponsabilidad: 2-Tesorería: 3-Contraloría: 4-Presupuesto  
Indiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 10/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001237

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MANUEL ANTONIO VEGA

Por Valor de RD\$ 6,000.00

SEIS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ESTUDIOS Y ANALISIS MEDICOS, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Mania Esther Díaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Mania Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Miguel Ángel  
Nombre

Contador  
Cargo

Miguel Ángel  
Firma

Autorizado por

ANYOLINO GERMOSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma

mdiaz





26 de julio del año 2017

PARA: LIC.ANYOLINO GERMOSEN  
ALCALDE MUNICIPAL DE TAMBORIL

DE: MANUEL ANTONIO VEGA VERAS

ASUNTO: SOLICITUD DE AYUDA ECONOCMICA PARA REALIZAR ANALISIS Y ESTUDIOD MEDICOS.

DISTINGUIDO ALCALDE:

Pláceme saludarle y a la ves hacerle formalmente una solicitud de ayuda económica con la finalidad de hacerme unos estudios y análisis médicos que no puedo costearlo ,ya que soy una persona envejeciente sin empleo , sin seguro médico y de escasos recursos económicos . Espero contar con su mano amiga, que dios lo bendiga y espero su colaboración.

Nota: la indicación de los análisis están anexa a esta carta.

Cortésmente sin otro particular me despido.

Muy cordialmente,



Manuel Antonio vega veras  
Ced. # 032-0010819-3







Calle Real No. 138, Tamboril, Santiago, R.D.  
 Tel.: 809-580-3555  
 cempsavid@gmail.com

"MEDICINA PREVENTIVA AL ALCANCE DE TODOS"  
**LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO**

Hora: 2:00 PM Fecha: 25/7/2017

**CONTROL INTERNO**

Nombre: Miguel A Vega Edad: \_\_\_\_\_

Dr.(a): Dr. Payer Fecha: 25/07/17

privado: - ARS: privado

**ENPRESA**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Hemograma <input checked="" type="checkbox"/>   | Fosf. Prostático _____                            | Cèlulas falciformes _____                    |
| Orina <input checked="" type="checkbox"/>       | Amilasa _____                                     | Conteo de Eosinófilos _____                  |
| Coprológico <input checked="" type="checkbox"/> | Lipasa _____                                      | Conteo de Reticulocitos _____                |
| Coprológico Seriado x 3 _____                   | Colesterol <input checked="" type="checkbox"/>    | Hbs Ag <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Sustancias Reductoras en _____                  | Triglicéridos <input checked="" type="checkbox"/> | Anti Hbs _____                               |
| Excreta _____                                   | HDL - Colest. <input checked="" type="checkbox"/> | Hbe Ag _____                                 |
| Glicemia <input checked="" type="checkbox"/>    | LDL - Colest. <input checked="" type="checkbox"/> | Anti Hbe _____                               |
| N. Ureico _____                                 | Lípidos Totales _____                             | Anti Hbc _____                               |
| Urea Total <input checked="" type="checkbox"/>  | Fosfolípidos _____                                | Anti HAV, Igm _____                          |
| Creatinina <input checked="" type="checkbox"/>  | Fructosamina _____                                | Anti Hcv <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ac. Úrico <input checked="" type="checkbox"/>   | VDRL _____  | IgA _____                                    |
| Prot. Total _____                               | Tipificación _____                                | I Gg _____                                   |
| Albumina <input checked="" type="checkbox"/>    | Aglutinas febriles _____                          | IgM _____                                    |
| Globulina _____                                 | Test. Combs Directo _____                         | IgE _____                                    |
| Relación A/g _____                              | Test. Combs Indirecto _____                       | PPD _____                                    |
| Calcio <input checked="" type="checkbox"/>      | Mono Test _____                                   | PSA <u>total y libre</u>                     |
| Fosfora _____                                   | Anti Estrepto O _____                             | T3 _____                                     |
| Sodio <input checked="" type="checkbox"/>       | Ra Test _____                                     | T4 Total _____                               |
| Potasio <input checked="" type="checkbox"/>     | Proteína C Reactiva _____                         | T4 Libre _____                               |
| Cloruro _____                                   | Prueba Embarazo _____                             | TSH _____                                    |
| Fosf. Alcalina _____                            | Celular L - E (Latex) _____                       | Taxopalmosis IgG _____                       |
| SgO - T _____                                   | Streptozyma _____                                 | Toxoplasmosis IgM _____                      |
| SgP - T _____                                   | Eritrosedimentación _____                         | Amabas Suero (HA) _____                      |
| Ggt _____                                       | T - Sangría _____                                 | Anti HIV _____                               |
| Bili Total _____                                | T - Coagulación _____                             | Cultivo _____                                |
| Bili Indirecta _____                            | T - Protombina _____                              | Elec. Hemogle _____                          |
| LDH _____                                       | T - Parcial de _____                              | Elect. Proteínas _____                       |
| CPK _____                                       | Trombolastina _____                               | Elect. Lipoprot _____                        |
| Fosf. Ácida _____                               | Fibrinógeno _____                                 | Otos _____                                   |
|   | Plaquetas _____                                   |  |

Hemoglobina glicosilada  
Vitamina B12  
 Total Análisis







COTIZACIONES DE ANALITICAS DE LABORATORIO PARA MANUEL  
ANT VEGA VERAS CED 03200108193 DE FECHA 25/07/2017

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1- HEMOGRAMA – 170 PESOS                | 23- HIERRO TOTAL 350 PESO |
| 2- UROANALISIS- 250 PESOS               |                           |
| 3- GLISEMIA – 250 PESOS                 |                           |
| 4- UREA- 180 PESO                       |                           |
| 5- CREATININA 180 PESO                  |                           |
| 6- ACIDO URICO 180 PESO                 |                           |
| 7- ALBUMINA 180 PESO                    |                           |
| 8- CALCIO 400 PESO                      |                           |
| 9- SODIO 200 PESO                       |                           |
| 10- POTASIO 250 PESO                    |                           |
| 11- COLESTEROL TOTAL 250 PESO           |                           |
| 12- COLESTEROL HDL 500 PESO             |                           |
| 13- COLESTEROL LDL 200 PESO             |                           |
| 14- TRINGLICERIDOS 180 PESO             |                           |
| 15- HEMOGLOBINA GLICOSILIDADA -600 PESO |                           |
| 16- VITAMINA B12 400 PESOS              |                           |
| 17-PSA TOTAL 400                        |                           |
| 18-PSA LIBRE 500                        |                           |
| 19-COPROLOGICO-170                      |                           |
| 20-HIV-350                              |                           |
| 21- HEPATITI ABS AG -700                |                           |
| 22-HEPATITI C 800                       |                           |

MONTO TOTAL 7640 PESOS





TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEPULA 032-0032238-0      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO ABRAHAN ARIAS *Abraham Arias*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO FINAL DE GRADO UNIVERSITARIOS, DICHAO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

CK #6750  
Comp. 1225

**PAGADO**  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*[Signature]*  
CONTADOR  
Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Sindicatura  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE TAMBORIL  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4.000.00

Presupuesto Municipal  
sólo debe firmar si es partida extra presupuestaria

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto

Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contratación; 4-Preaumentado

Indicador:



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEBULA 032-0032238-0 Orden Compra

BENEFICIARIO ABRAHAN ARTAS *Abraham Artas*

DIRECCION TELEFONO

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO FINAL DE GRADO UNIVERSITARIOS, DICHAO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

*032-0032238-0*  
*Abraham Artas*

*CK #6750*  
*COMP. 1225*

*Maura Esther...*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Cortabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Montito Neto a Pagar RD\$	4.000.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 08/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001225

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

ABRAHAN ARIAS

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 4000.00 PARA LA REALIZACION DEL PROYECTO FINAL DE GRADO UNIVERSITARIOS, DICHAO JOVEN DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

*Maria Esther Diaz*

Nombre

Contadora

Cargo

*Maria Esther Diaz*

Firma

*Miguel Angel*

Nombre

Contador

Cargo

*Miguel Angel*

Firma

*ANTOLINO GERMOSEN*

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

*Antolino Gerмосen*

Firma

mdiaz





Matrícula: 1-04-1918  
Nombre: ABRAHAN DENNY ARIAS BURDUAN  
Carrera: CONTADURIA PUBLICA

42  
EF

CLAVE	NOMBRE ASIGNATURA	CR.	HORARIO - AULA
CON-004-001	CURSO MON. O PROY. ESPEC.	6	S7:45 a 12:15 am - A402
Total de Créditos:		6	
	Carnet:	0.00	25 mayo - 10 junio: 1er. Pago
	Inscripción:	3,600.00	25 junio - 10 julio: 2do. Pago
	Seguro Accidentes Personales:	0.00	25 julio - 10 agosto: 3er. Pag
	Cargo Laboratorio:	0.00	Hasta el 30 agosto: 4to. Pago
	<b>Costo de Inscripción: RD\$</b>	<b>3,600.00</b>	<b>3,500.00</b>
	Carnet:	0.00	
	Cargo Créditos:	14,000.00	
	<b>Monto del cuatrimestre: RDS</b>	<b>17,600.00</b>	

Seguro de Accidentes Personales, ver información en: [www.utesa.edu](http://www.utesa.edu), sección Estudiantes.

- \* Inicio docencia estudiantes regulares: 15 de mayo. sabatinos: 13 de mayo.
- \* Retiro válido para Tesorería: Del 15 al 27 de mayo.



Índice acumulado: 27

El uso del carnet es obligatorio para ingresar al Recinto, permanecer en las aulas y solicitar cualquiera de los servicios.

*AutORIZADO la ayuda por el Sr. alcalde Ampalino Gumares de 4,000.00 Cuatro mil pesos para ayuda de su proyecto universitario.*

*Claro Martínez  
03/08/17*





Tamboril, Santiago, R.D.

Distinguido(s)

Señor (2):

Ayuntamiento Municipal Tamboril,

Alcalde: Lic. Anselmo Germósen me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle una ayuda, con fines de pago de mi monografía, para optar por una Lic. en Contabilidad

Lo cual espero este a su alcance, y al mismo tiempo usted tenga la disposición de colaborar con esta causa, de superación.

Sin otro particular:

~~Anselmo Guías~~



7/8/2017





Formulario No. 332 Rev.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006750**

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: \_\_\_\_\_ **RD\$**



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006750 2141127271301202108684 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>032-0032238-0</i> <i>Abraham Pias</i>			
<b>PAGADO</b> 10 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



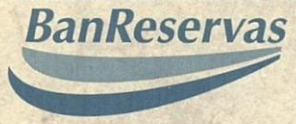
CODIGO 7130  
 REPUBLICA DOMINICANA  
 Ayuntamiento del Municipio de Tamboril  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
 RNC: 4-02-00223-2  
 DO59BRRD0000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
 Aprobado por el Contralor y  
 Auditor General

y  
 No. 006748

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
 CHEQUE A LA ORDEN DE: MARIA RAMONA COLLAO **RD\$**



**PESOS**  
 MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Signature]*  
 FIRMA(S)

⑈006748⑈ 23451232783401202108684⑈ 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha 01/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Maria Ramona Collo</i>			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0006907-2      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARIA RAMONA COLLADO *Maria Ramona Collado*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS ESTUDIOS MEDICOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

CK#6748  
comp. 1195

**PAGADO**  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril



Total General RD\$	5.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Comunidad.  
 Muñoz



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev.  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0006907-2 Orden Compra

BENEFICIARIO MARIA RAMONA COLLADO *Maria Ramona Collado*

DIRECCION TELEFONO

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS ESTUDIOS MEDICOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

*MARIA RAMONA COLLADO*

*CK#16743  
COMP. 1195*

*Maura Esther Díaz*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal

o debe firmar si es partida extra presupuestaria

*[Signature]*  
Alcalde

Total General RD\$ 5.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-C contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 01/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001195

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARIA RAMONA COLLADO

Por Valor de RD\$ 5,000.00

CINCO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$5000.00 PARA LA REALIZACION DE VARIOS ESTUDIOS MEDICOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS EOCNOMICOS DEL MUNCIPIO

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Contador  
Cargo

Amador  
Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMASEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma







SEGURO NACIONAL DE SALUD  
**SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO**

**PARA MAS INFORMACION FAVOR LLAMAR AL 809-701-3821 Y DESDE EL INTERIOR SIN CARGOS 1-809-200-8277**

Caso No.: 8671171      Nss : 037100137      Cedula 032-0006907-2

Nombre : MARIA RAMONA COLLADO

Tipo : SOLICITUD

Estado OK (CORRECTO)

SubTipo : SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE PSS PARA SERVICIOS (PROCEDIMIENTOS Y/O ESTUDIOS)

Fecha : 27/07/2017      Hora: 08:24:01      Regimen SUBSIDIADO

Desea saber donde puede realizarse una video endoscopia + Biopsia. En la REGIONAL II SANTIAGO. Deposita: Indicacion, copia de la cedula y seguro. Tel. 8093948044 RESPUESTA Enviado a la GSS.

Direccion :

Telefono :

Correo



JENNIFFER ALTAGRACIA SUAREZ CERDA

Atendido Por

Firma

5 a 7 dias laborales





Videoendoscopia + Biopsia

Dx Síndrome Arterio  
en estudio.

Hepatopatía Arterio

27/7/17 María Callado  
57A  
Dra. Céspedes V.-







SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña

Tel.: 809-295-1197

Santiago, República Dominicana

Rx

Videoendoscopia + Biopsia

Dx síndrome Anémico  
en estudio

Hepatopatía Crónica



NOMBRE PACIENTE: Maíra Callado  
FECHA: 27/7/17 EDAD: 57A  
MÉDICO: Dr. Céspedes





PAGADO  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

Sonografía Abdominal  
Doppler

De Hepatopatía Alcohólica



Dr. Céspedes

María Callado  
27/7/17  
Dr. Céspedes

57A





**SNS**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña

Tel.: 809-295-1197

Santiago, República Dominicana

*Rx*

*Sonografía Abdominal  
Doppler*

*Dx Hepatopatía Alcohólica*



*Dr. Céspedes*

NOMBRE PACIENTE: *María Callado*

FECHA: *27/7/17* EDAD: *57A*

MÉDICO: *Dr. Céspedes*







**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE LICEY**  
 Teléfono: 809-580-8833 • Licy al Medio, R.D.  
**LABORATORIO**

Fecha: 01/08/2017

Nombre: Clara Romero Collado

Edad: 57 años Código: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA             | <input type="checkbox"/> COP. UR             | <input type="checkbox"/> HIV              |
| <input type="checkbox"/> ORINA                 | <input type="checkbox"/> HIERRO              | <input type="checkbox"/> HBS-AC           |
| <input type="checkbox"/> COPROLOGICO           | <input type="checkbox"/> TIBC                | <input type="checkbox"/> HVC              |
| <input type="checkbox"/> COPROLOGICO SERIADO   | <input type="checkbox"/> %SAT                | <input type="checkbox"/> HAVA-IGG         |
| <input type="checkbox"/> SUS. REDUCTORAS       | <input type="checkbox"/> LIPIDOS TOTALES     | <input type="checkbox"/> HAVA-IMB         |
| <input type="checkbox"/> GLUCEMIA              | <input type="checkbox"/> FOSFOLIPIDOS        | <input type="checkbox"/> HBE              |
| <input type="checkbox"/> AC. URICO             | <input type="checkbox"/> FOSF. ACIDA         | <input type="checkbox"/> ANTI HBE         |
| <input type="checkbox"/> COLESTEROL            | <input type="checkbox"/> FOSF. PROSTATICA    | <input type="checkbox"/> CORE IGG         |
| <input type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS         | <input type="checkbox"/> FRUCTOSAMINA        | <input type="checkbox"/> CORE IGM         |
| <input type="checkbox"/> HDL-COLESTEROL        | <input type="checkbox"/> VDRL                | <input type="checkbox"/> ANTI HBS         |
| <input type="checkbox"/> LDL-COLESTEROL        | <input type="checkbox"/> TIPIFICACION        | <input type="checkbox"/> T3               |
| <input type="checkbox"/> UREA                  | <input type="checkbox"/> F. REUMATOIDE       | <input type="checkbox"/> T4               |
| <input type="checkbox"/> CREATININA            | <input type="checkbox"/> PSA                 | <input type="checkbox"/> T SH             |
| <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA DIRECTA   | <input type="checkbox"/> ANSO                | <input type="checkbox"/> T4 FREE          |
| <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA INDIRECTA | <input type="checkbox"/> R. WIDAL            | <input type="checkbox"/> TOXO IGM         |
| <input type="checkbox"/> SGP-T                 | <input type="checkbox"/> GESTA TEST          | <input type="checkbox"/> PSA              |
| <input type="checkbox"/> SGO-T                 | <input type="checkbox"/> TEST COOMBS DIR     | <input type="checkbox"/> PSA LIBRE        |
| <input checked="" type="checkbox"/> GGT        | <input type="checkbox"/> TEST COOMBS IND     | <input type="checkbox"/> IGA              |
| <input type="checkbox"/> FOSFATA ALKALINA      | <input type="checkbox"/> STREPTOZIME         | <input type="checkbox"/> IGG              |
| <input type="checkbox"/> PROTEINAS TOTALES     | <input type="checkbox"/> MONOTEST            | <input type="checkbox"/> IGM              |
| <input type="checkbox"/> ALBUMINA              | <input type="checkbox"/> CELULAS L-E         | <input type="checkbox"/> IGE              |
| <input type="checkbox"/> GLOBULINA             | <input type="checkbox"/> ERITROCEDIMENTACION | <input type="checkbox"/> HBG. GLICOSILADA |
| <input type="checkbox"/> RELACION A/G          | <input type="checkbox"/> FALCERIA            | <input type="checkbox"/> ANA              |
| <input type="checkbox"/> CALCIO                | <input type="checkbox"/> F. PROTROMBINA      | <input type="checkbox"/> ANTI DNA         |
| <input type="checkbox"/> FOSFORO               | <input type="checkbox"/> T.P.I               | <input type="checkbox"/> TTA ABS          |
| <input type="checkbox"/> SODIO                 | <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO         | <input type="checkbox"/> ELEC HEMOGLOBINA |
| <input type="checkbox"/> POTASIO               | <input type="checkbox"/> T SANGRIA           | <input type="checkbox"/> ELEC. PROTEINAS  |
| <input type="checkbox"/> CLORO                 | <input type="checkbox"/> T COAGULACION       | <input type="checkbox"/> AMEBA            |
| <input type="checkbox"/> AMILASA               | <input type="checkbox"/> C. DE PLAQUETAS     | <input type="checkbox"/> B12              |
| <input type="checkbox"/> LIPASA                | <input type="checkbox"/> C. DE EOSINOFILOS   | <input type="checkbox"/> H-OLATG          |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDH        | <input type="checkbox"/> C. DE RETICULOCITOS |   |

Otros: \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES

Para tener de

lavar las manos con agua y jabón antes y después de cada prueba.  
 No fumar y no beber alcohol durante el examen.  
 Evitar el ejercicio físico intenso y el consumo de alcohol y drogas durante el examen.

*Handwritten signature and stamp*  
 237/2017  
 237/2017

**PAGADO**  
 10 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento  
 de Tamboril





**SNS**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Hospital Regional Universitario Presidente Estrella Ureña

Tel.: 809-295-1197

Santiago, República Dominicana

*Rx*

*Videoendoscopia + Biopsia*

*Dx* *síndrome Anémico*  
*en estudio.*  
*Hepatopatía crónica*

HOSPITAL PTE. ESTRELLA  
10 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

NOMBRE PACIENTE: *maría Callado*

FECHA: *27/7/17* EDAD: *57A*

MÉDICO: *Dr. Céspedes*







27/07/2017

A: EL SINDICO ANYOLINO GERMOSEN

ASUNTO: solicitud de ayuda económica para realizar estudios

Su despacho:

Poe medio esta quiero felicitarlo por sus obras, y al mismo tiempo quiero solicitarle una ayuda económica para la realización de varios estudios médicos, la cual no puedo costar porque soy una persona pobre.

Espero que este en sus manos ayudarme ya que no tengo donde recurrir.

Muy atentamente,

*MARIA RAMONA COLLADO*  
MARIA RAMONA COLLADO

CED. 032-0006907-2



CODIGO 7130

REPÚBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No. 006756

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

RAMON ARIEL MEDINA

RD\$

CINCO MIL CONCIENCO



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006756 23411272713401202108684 59

Cap. No. Sub-Objeto Fondo Comprobante No. Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
Ramon Ariel. medicina veas 0320035695-8			
<b>PAGADO</b> 25 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-003589-5-8 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO RAMON ARIEL MEDINA  
 DIRECCION Ramon Ariel Medina vecos TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 5000.00 PARA REALIZACION DE LA OPERACION DE BOLIVAR GOMEZ, MEDIANTE UN TELEMARATON REALIZADO EL MARTES 01 DE AGOSTO POR CANAL 14 REAL TV. DICHO JOVEN SUFRIO UN GRAVE ACCIDENTE.

NOTA: AL JOVEN BOLIVAR SE DIO UNA AYUDA EL PASADO 14/07/2016, SEGUN CHEQUE #8701, POR VALOR DE 8.000.00, EN DONDE ESTA LOS PAPELES ORIGINALES.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	5.000.00

CK#6756  
 Comp. 1246  
**PAGADO**  
 25 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril



Total General RD\$	5.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5.000.00

Presidente del Consejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Asesoría Jurídica; 4-Asesoría Técnica; 5-Asesoría Social; 6-Asesoría Ambiental; 7-Asesoría de Género; 8-Asesoría de Planeación; 9-Asesoría de Evaluación; 10-Asesoría de Seguimiento y Control; 11-Asesoría de Transparencia; 12-Asesoría de Acceso a la Información Pública; 13-Asesoría de Gestión de Riesgos; 14-Asesoría de Gestión de Calidad; 15-Asesoría de Gestión de Recursos Humanos; 16-Asesoría de Gestión de Recursos Materiales; 17-Asesoría de Gestión de Recursos Financieros; 18-Asesoría de Gestión de Recursos Tecnológicos; 19-Asesoría de Gestión de Recursos Culturales; 20-Asesoría de Gestión de Recursos Ambientales; 21-Asesoría de Gestión de Recursos Sociales; 22-Asesoría de Gestión de Recursos Educativos; 23-Asesoría de Gestión de Recursos Científicos; 24-Asesoría de Gestión de Recursos Artísticos; 25-Asesoría de Gestión de Recursos Deportivos; 26-Asesoría de Gestión de Recursos Recreativos; 27-Asesoría de Gestión de Recursos Turísticos; 28-Asesoría de Gestión de Recursos Industriales; 29-Asesoría de Gestión de Recursos Comerciales; 30-Asesoría de Gestión de Recursos Servicios; 31-Asesoría de Gestión de Recursos Otros.  
 volcancio



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-003569-5-8 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO RAMON ARIEL MEDINA

DIRECCION Calle Arie Medina Voces TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 5000.00 PARA REALIZACION DE LA OPERACION DE BOLIVAR GOMEZ MEDIANTE UN TELEMARATON REALIZADO EL MARTES 01 DE AGOSTO POR CANAL 14 REAL TV. DICHO JOVEN SUFRIO UN GRAVE ACCIDENTE.  
 NOTA: AL JOVEN BOLIVAR SE DIO UNA AYUDA EL PASADO 14/07/2016, SEGUN CHEQUE #6701, POR VALOR DE 8.000.00, EN DONDE ESTA LOS PAPELES ORIGINALES.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

CK #6756  
COMP 1246

Maria Esther Cruz  
Contador

[Firma]  
Presidente Concejo Municipal  
(Sólo debe firmar si es partida extra presupuestaria)

[Firma]  
Alcalde

Total General RD\$	5.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	5.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 volante



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 15/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001246

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

RAMON ARIEL MEDINA

Por Valor de RD\$ 5,000.00

CINCO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 5000.00 PARA REALIZACION DE LA OPERACION DE BOLIVAR GOMEZ, MEDIANTE UN TELEMARATON REALIZADO EL MARTES 01 DE AGOSTO POR CANAL 14 REAL TV. DICHO JOVEN SUFRIO UN GRAVE ACCIDENTE.

NOTA; AL JOVEN BOLIVAR SE DIO UNA AYUDA EL PASADO 14/07/2016, SEGUN CHEQUE #6701, POR VALOR DE 8,000.00, EN DONDE ESTA LOS PAPELES ORIGINALES.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Mario Esther Díaz  
Nombre

Miguel Ángel  
Nombre

ANTOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Mario Esther Díaz  
Firma

Miguel Ángel  
Firma

[Firma]  
Firma

ypolanco





## Pre-Autorización de Procedimiento Médico

Fecha Pre-Autorización: 06/07/2017

Fecha Vencimiento: 05/08/2017

Orden No: 2017-1-1-359685

### DATOS DEL AFILIADO

N. CONTRATO 01-01-0288001  
AFILIADO 721848  
NOMBRE JOSE BOLIVAR GOMEZ SALCEDO  
CEDULA 402-1269044-6  
NSS 159771670  
EMPRESA 102623783 - PANIFICADORA ROES S A

SEXO Masculino  
PARENTESCO TITULAR  
NACIONALIDAD DOMINICANA  
EDAD 20  
PLAN(ES) PLAN BASICO DE SALUD

### DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO

MEDICO / CLINICA 14849 RAMBLA ENTERPRISE SRL  
CENTRO MEDICO

ESPECIALIDAD / T. CENTRO FARMACIA DISTRIBUIDORAS  
DISPENDIO

### DATOS OBTENIDO DE LA INDICACION MEDICA

#### DIAGNOSTICOS

CODIGO	NOMBRE
S420	FRACTURA DE LA CLAVICULA

#### PROCEDIMIENTOS

CUPS	CODIGO	NOMBRE	MONTO	% COBERTURA	DIFERENCIA	TOTAL ARS
1		MATERIAL GASTABLE	178,335.00	100 %	0.00	178,335.00

TOTAL COBERTURA RD\$: 178,335.00  
TOTAL A PAGAR POR LA ARS RD\$: 178,335.00  
TOTAL A PAGAR POR EL AFILIADO RD\$: 0.00

### COMENTARIO MEDICO

MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD, ACTUALMENTE 9NO DIA DE INGRESO, CON HISTORIA POLITRAUMATISMO SECUNDARIO ACCIDENTE DE TRANSITO. FRACTURA DE CLAVICULA. PLAN: REDUCCION ABIERTA MAS FIJACION DE FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO.

SE PREAUTORIZA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS A FAVOR DE RAMBLA ENTERPRISE SRL SEGUN COTIZACION NUM 137792 DE FECHA 6/07/2017 POR UN MONTO DE 178,335.00 RD\$.

#### NOTAS:

EL MONTO EMITIDO EN ESTA AUTORIZACION ESTARA SUJETO AL DE PROCESO DE AUDITORIAS MEDICA (CON PERTINENCIA MEDICA Y DE CUENTAS)  
ESTA PRE-AUTORIZACION SOLO ES VALIDA PARA LOS HONORARIOS MEDICOS, EL CENTRO MEDICO DEBE SOLICITAR AUTORIZACION PARA LOS GASTOS CLINICOS AL MOMENTO DEL INGRESO DEL AFILIADO.  
ESTE REFERIMIENTO VENCE A LOS TREINTA(30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION. PARA INFORMACION ADICIONAL LLAMAR (809) 686-1218 OPCION 1.  
LA SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACION DEBE SER CONFIRMADA ENTRE VEINTE Y CUATRO (24) Y SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO, PARA SU AUTORIZACION FINAL.  
AL RECIBIR ESTA PRE-AUTORIZACION, EL AFILIADO AUTORIZA LA REVISION DE SU EXPEDIENTE MEDICO AL PERSONAL DESIGNADO POR ARS FUTURO, CON LA FINALIDAD DE EVALUAR ATENCION PRESTADA.  
PARA PROCEDER CON EL PAGO DE ESTA RECLAMACION DEBE ESTAR APOYADA POR: HISTORIA CLINICA COMPLETA Y COMPONENTES,, DESCRIPCION QUIRURGICA, APOYO DIAGNOSTICO, BIOPSIA, ENTRE OTROS.

### DATOS PARA REALIZAR LA RECLAMACION DE ESTA PRE-AUTORIZACION

FECHA REALIZADO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE CEDULA \_\_\_\_\_

Anyela Ma. Polanco P.  
**FUTURO**  
Hoy por tu salud. ARS  
SANTIAGO  
ANYELA POLANCO

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

**PAGADO**  
25 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



# MEDIIMPLANTES S.R.L

AV 27 de Febrero # 421 Local 4 A-1

Plaza Dominica, Santo Domingo.

TEL: 809-688-1616 / 849 763 9586

FAX: 809-221-8853

RNC 130-29100-4

REALIZADO POR: CLARA H MORALES

COTIZACION 770

Fecha: 10/7/2017

ENTIDAD: ARS FUTURO  
PACIENTE: JOSE GOMEZ  
Dr. FRANCISCO DIAZ  
HOSPITAL: COROMINAS  
NSS  
CED:  
TEL:

12	TORNILLOS MASA LATERAL	\$ 8,700.00	\$104,400.00
12	BLOQUEOS CERVICALES	\$ 1,700.00	\$20,400.00
2	BARRAS CERVODORSALES	\$ 4,800.00	\$9,600.00
1	PLACA OCCIPITAL	\$ 31,000.00	\$31,000.00
3	TORNILLOS PARA LA PLACA	\$ 2,300.00	\$6,900.00
1	CANCELLOUS DE 30CC	\$ 20,000.00	\$20,000.00
SUBTOTAL EXCENTO		\$ 20,000.00	
TOTAL GRAVADO		\$172,300.00	
ITBIS 18%		\$31,014.00	
TOTAL		\$223,314.00	

NOTA: el valor total de esta factura esta sujeta a cualquier cambio que se presente durante la cirugia y a los gastos reales del material utilizado.  
En caso de devolucion, se le descontara el 20% del total de la factura.

  
AUTORIZADO POR CLARA HELENA MORALES  
GERENTE GENERAL

MEDIIMPLANTES, S.R.L.  
RNC 1-30-29100-4







# CENTRO MÉDICO CIBAO - UTESA

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ESPECIALIDADES E INVESTIGACIONES

Av. Juan Pablo Duarte No. 64 • Santiago de los Caballeros, Rep. Dom.  
Apartado Postal No. 748 • Tels.: 809-582-6661 y 809-582-6662 • Fax: 809-241-2090  
RNC 102001316

29/Julio/2017

Donde me medio buenos costos que  
se encuentran ingresado en la Unidad  
de cuidados intensivos al paciente  
Don Bolva Gray Sureda de  
20 años de edad. En estado entre  
moderadamente grave por politraumas  
en accidente del tránsito con fractura  
de vértebra cervical, trauma craneoence-  
fálico y fractura del fémur 129 días  
en ventilación mecánica artificial

La familia es de escasos recursos  
y su tratamiento es de alto costo

Dr. Orestes D. Lorda  
Especialista Cardiólogo  
RP: 201-02



**PAGADO**  
25 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

Intensivos

809.582.6661



**Tamboril, 31 de julio del 2017.**

**SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS**

**VIA: CLARA MARTINEZ**

**Asunto: solicitud de ayuda alquiler de luces**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para el tele maratón que realizaron el martes 01 de agosto del 2017, para ayudar el joven quien sufrió un accidente, y hay que realizarse una operación, dicha familia de escasos recursos económicos.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

*Ramon Ariel Medina*  
**Ramon Ariel Medina**  
**Coordinador del tele maratón**





CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No. 006757

DIA		MES		AÑO	

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

HAYLA CRISTINA NUNEZ

RD\$



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006757 2348272713601202108684 59

Cap. No. Sub-Objeto Fondo Comprobante No. Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
 081-0512457-6.			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 031-0124574-8      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO MARIA CRESENCIA NUÑEZ      *Maria E. Rodriguez*

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684      Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTO, DICHA SENORA SUFRE DE AZUCAR, Y ES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

**PAGADO**  
15 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK#6757  
COMP. 1252

Total General RD\$ 10.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 10.000.00



Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 031-0124574-8 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO MARIA CRESENCIA NUNEZ *Maria R. Fernandez*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTO, DICHA SENORA SUFRE DE AZUCAR, Y ES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	10.000.00

*Maria R. Fernandez*  
031-0512457-6.

CKH6757  
comp. 1252

Total General RD\$ 10.000.00

*Maria Esther...* Contador  
*[Signature]* Contralor Municipal  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmar si es partida extrapresupuestada)  
*[Signature]* Tesorero  
 Alcalde

Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>10.000.00</b>

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Preaupuesto  
 rnz:az



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 15/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001252

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

MARIA CRESENCIA NUÑEZ

Por Valor de RD\$ 10,000.00

DIEZ MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUD A POR LA SUMA RD\$ 10,000.00 PARA LA COMPRA DE MEDICAMENTO, DICHA SENORA SUFRE DE AZUCAR, Y ES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS,

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz Miguel Angel

Nombre

Nombre

ANTOLINO GERMO SENA

Nombre

Contadora

Cargo

Contador

Cargo

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

Maria Esther Diaz Miguel Angel

Firma

Firma

[Firma]

Firma





07- de Agosto del 2017

**Lic. Anyolino Germosén,**  
Alcalde del Municipio de Tamboril.

Distinguido señor Alcalde. Por medio de la presente me dirijo a usted con la finalidad, primeramente de extenderle un afectuoso saludo y segundo, expresarle lo siguiente:

Soy una señora de avanzada edad, viuda, con varios problemas de salud; lo que me obliga a usar una gran cantidad de medicamentos y no cuento con los recursos para costear mi tratamiento, por lo que solicito una ayuda económica que me permita comprar aunque sea por los próximos meses, los medicamentos antes mencionados. Además tengo que estar visitando con frecuencia diferentes médicos de diferentes especialidades, haciéndome chequeos y estudios.

Anexo a esta carta están:

- Receta
- Algunos de mis estudios médicos
- Historial Médico
- Copia de la cédula

Segura de contar con su significativa ayuda; se despide de usted:

*Autorizada la ayuda por el señor alcalde Anyolino Germosén de 10,000 Diez mil pesos para su enfermedad*  
*Charo Martínez*  
*01/08/17*

*849-214-0378*

*maría cresencia núñez*

**María Cresencia Núñez**

céd.: 031-0124574-8







# Centro Clínico Dr. Hernández

Dr. José M. Hernández

Medicina Familiar, Laboratorio  
**EMERGENCIA LAS 24 HORAS**

Av. Luperón No. 208, Gurabo, Santiago, Rep. Dom.  
Cel.: 809-706-8159 • Consult. 809-736-7604

Rx

(iv)  
Pantum 40 mg  
uo  
1/dia

(v)  
Epax (omega3)  
uo  
1/dia

*[Handwritten signature]*

Fluimucil 600  
uo  
1/dia

**PAGADO**  
15 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

Nombre:

*Manu Cresencia Hernández*

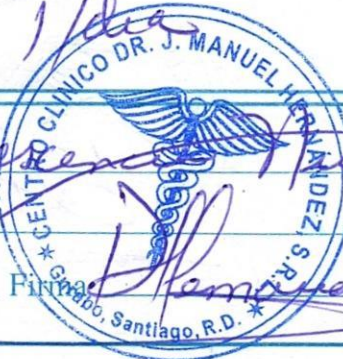
Edad

Fecha

20/7/17

Firma

\* Gurabo, Santiago, R.D. \*







# Centro Clínico Dr. Hernández

Dr. José M. Hernández

Medicina Familiar, Laboratorio  
**EMERGENCIA LAS 24 HORAS**

Av. Luperón No. 208, Gurabo, Santiago, Rep. Dom.  
Cel.: 809-706-8159 • Consult. 809-736-7604

Rx

(E)

M. Formosa 1000mg

1c92



1 comp/dia

(F)

Eutrox 50mg #1c92

1 comp/dia

*[Handwritten signature]*

(G)

Simvastatina FZ 20/10 #1c92

1c92

Nombre: Maria Cresencia Hernández

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: 20/7/17 Firma: [Signature]











# UNIÓN MÉDICA DEL NORTE, S.A.S

La Excelencia al Alcance de Todos

## DEPARTAMENTO DE IMAGENES

**Paciente.:** MARIA CRESENCIA NUÑEZ RODRIGUEZ  
**Edad.:** 79A 00M 15D **Id/Ced.:** 03101245748  
**Sexo.:** F **Telf.:** ,  
**Referido.:** DRA CLAUDIA GOMEZ  
**Afiliado a.:** PRIMERA ARS HUMANO

**Fecha Reg.:** 30/06/2017 9:07:21AM  
**Cama.:** PAR  
**Documento.:** RFA000000305012  
**Fecha Edi.:** 30/06/2017 9:37:25AM  
**Fecha Imp.:** 30/06/2017 9:37:27AM

### Tipo de Estudio TORAX PA

INDICACION: No conocida.

TECNICA: posicion postero anterior.

### HALLAZGO:

El examen de tórax revela:

Tejidos blandos y estructuras óseas de densidad y morfología normales.

Traquea central.

Parénquima pulmonar con adecuada expansión, sin evidencias de infiltrados.

Engrosamiento de la trama bronquial.

Corazón y mediastino de morfología normal.

Ángulos costo y cardiofrenicos de morfología normal.

No hay lesiones óseas .  
Botón aortico calcificada

### Impresión Diagnóstica:

ATEROMATOSIS AORTICA.  
INFLAMACION BRONQUIAL



**Empleado:** VANESA LIRANZO DE JESUS

**Médico:** DRA. MERCEDES L. BERMUDEZ

Av Juan Pablo Duarte 176, Santiago, República Dominicana \* Central Telefónica: 809-226-8686 Ext. Imagenes 2128-2131

www.clinicaunionmedica.com \* Email: informacion@clinicaunionmedica.com








Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGQ 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **006755**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: DAISY DOLORES GERMOSEN **RD\$**

SETECIENTOS CON 00/100 **PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL  


*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

#006755# 21611272713401202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0002 Fondo 2017 UN 242 Comprobante No. 1182017 Fecha

DAISY DO	DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	RIS 700.00	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
	DISTRIBUIDO EN LA BIBLIOTECA MUNICIPAL Y EL CARRILLO CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DEL 2017.			<i>Daisy Germosen</i> <i>032-000-2659-3</i>	

**PAGADO**  
**14 AGO 2017**  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0002659-3      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO DAJSSY DOLORES GERMOSEN

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA SUMA RD\$ 700.00 POR CONCEPTO DE 28 PERIODICOS HOY PARA SER DISTRIBUIDO EN LA BIBLIOTECA MUNICIPAL Y EL CABILDO, CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DEL 2017.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.3.03.4.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Libros, revistas y periódicos	700.00

**PAGADO**  
14 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CR # 6755  
COMP. 1242



Presidente Concejo Municipal

No debe firmar si es partida extra presupuestaria

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto

Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto

Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Corraduría; 4-Presupuesto

Total General RD\$	700.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	700.00



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0002659-3 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO DAISSY DOLORES GERMOSEN

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

PAGO DE LA SUMA RD\$ 700.00 POR CONCEPTO DE 28 PERIODICOS HOY PARA SER DISTRIBUIDO EN LA BIBLIOTECA MUNICIPAL Y EL CABILDO, CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DEL 2017.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0002	2.3.03.4.01	1.3	20	1955	100	0	4409	Libros, revistas v periódicos <i>Dra. Daisy Dolores Germosen</i> <i>-3659-3</i>	700.00

*CK#6755*  
*COMP. 1242*

*Maria Esther Díaz* Contador *Augusto* Contralor Municipal  
 Total General RD\$ 700.00

Presidente Concejo Municipal  
 (debe firmar si es partida extra presupuestaria)  
 Tesorero  
 Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Preaupuesto  
 mdisz

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	700.00



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 11/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001242

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

DAISSY DOLORES GERMOSEN

Por Valor de RD\$ 700.00

SETECIENTOS CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO DE LA SUMA RD\$ 700.00 POR CONCEPTO DE 28 PERIODICOS HOY PARA SER DISTRIBUIDO EN LA BIBLIOTECA MUNICIPAL Y EL CABILDO, CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DEL 2017.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz Miguel Angel

Nombre

ANTOLINO GERMOSEN

Nombre

Contadora

Cargo

Contador

Cargo

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

Maria Esther Diaz Miguel Angel

Firma

ANTOLINO GERMOSEN

Firma

[Firma]

Firma

mdiaz







# *Ayuntamiento de Tamboril*

Fundado el 3 de junio 1900  
GESTION-2016-2020

Tamboril, 01 de julio del 2017

## SOLICITUD DEPARTAMENTO DE CULTURA

**PARA: LICDO. ANYOLINO GERMOSEN**  
Alcalde del Municipio de Tamboril

**VIA: VICTOR VERAS**  
Enc. de Compras de la Alcaldía


**Asunto: solicitud de periódicos por el mes de julio entero.**

**Honorable alcalde:**

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, y al mismo tiempo quiero hacerle formal solicitud de dos ejemplares de periódico uno para la biblioteca y otro para la alcaldía de este municipio de tamboril por el mes entero de julio de este año en curso.

Gracias por su atención y me despido sin otra particular.

Muy cordialmente,

  
**RAMON LEOCADIO CASTILLO**  
Enc. de Cultura de la Alcaldía  
del Municipio de Tamboril.





# AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL

Tels.: 809-580-6491 • 809-580-5656 • Tamboril, R. D.

Gestión: 2010-2016

RNC: 402-00223-2

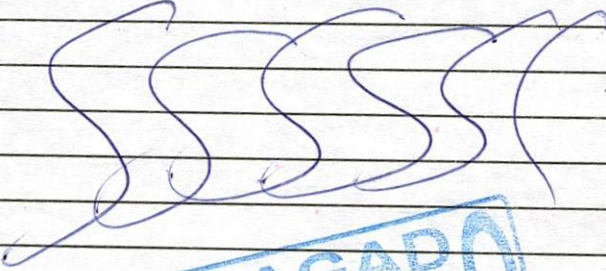

ORDEN DE COMPRA **085437**

Fecha: 11/8/2017

Señor: Daissy Dolores Germosen Cruz

Dirección: \_\_\_\_\_

Sírvase despachar a nuestra cuenta los siguientes artículos.

CANT.	Artículos
700	Detenidos Pesos en Periodico 700.00
<p>Dado para ser utilizado en la compra de 28 Periodicos Hoy Para ser distribuido en la biblioteca municipal y el cobildo correspondiente al mes de Julio del 2017</p>	
	
	
<p>TOTAL RD\$ <u>700.00</u></p>	

Nota: para el pago de la presente es indispensable la factura correspondiente con dicha orden anexa.

ORDENADO POR Juan Vera

VENDIDO POR \_\_\_\_\_





**DAYSI DOLORES GERMOSEN  
CALLE REAL, TAMBORIL**

FECHA 31/07/2017

NOMBRE CLIENTE: AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
RNC CLIENTE: 4-02-00223-2

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE	TOTAL
28	PERIODICOS HOY AYUNTAMIENTO	25.00	700.00	700.00

SUB-TOTAL	700.00
TOTAL	700.00

  
RECIBIDO CONFORME

  
ENTREGADO POR

**PAGADO**  
14 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



# Recibo

No. \_\_\_\_\_

Fecha: 31 de Julio del 2017

Recibido de: Ayuntamiento del municipio de Tamboril

La suma de: Setecientos pesos oro

Por concepto: pago del Periódico Hoy

RDS 700.00

EFFECTIVO:  CHEQUE:

CHEQUE No.: 6755

BANCO: BAN RESERVAS



Tamboril Ayuntamiento  
Tamboril

RECIBIDO POR  
Maisy Germosen

CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

No.

006758

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

OLGA ANTONIA SANCHEZ

RD\$

PESOS

MONEDA DE CURSO LEGAL

SEIS MIL, CON DASHO



*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

006758 21411272713601302108684 59

Cap. No. \_\_\_\_\_ Sub-Objeto \_\_\_\_\_ Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
Olga Antonia Sanchez 032-0020434-9			
<b>PAGADO</b> 23 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0020434-9 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO OLGA ANTONIA SANCHEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA DE RD\$6,000.00 A DICHA SEÑORA DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA DE CRANEO.

*Olga Antonia Sanchez*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9995	102	D	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	6.000.00

**PAGADO**  
 23 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
 CR# 6758  
 COMP. 1259

*María Esther Rodríguez*  
 Contabilidad  
 Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 Sindicatura  
 Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 Tesorería  
 Gestión 2016-2020

Total General RD\$	6.000.00
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	6.000.00

(Solo debe firmar si es partida extra presupuestaria)  
 Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Corresponsal; 4-Presupuesto  
 caraballo



TIPO COMPROBANTE: Gasto 1 Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0020434-9 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO OLGA ANTONIA SANCHEZ

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA DE RD\$6,000.00 A DICHA SEÑORA DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA DE CRANEO.

*Olga Antonia Sanchez*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00

*CI # 6758  
COMP. 1259*

*María Esther Obregón*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor Municipal

Presidente Concejo Municipal

(Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)

Alcalde

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.

Distribución: Original- Expediente; 1-C contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 rcaraballo

Total General RD\$	6.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>6.000.00</b>



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 17/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001259

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

OLGA ANTONIA SANCHEZ

Por Valor de RD\$ 6,000.00

SEIS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA DE RD\$6,000.00 A DICHA SEÑORA DE ESCASOS RECURSOS DEL MUNICIPIO PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA DE CRANEO.

Elaborado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Revisado por

Angel Cid  
Nombre

Contador  
Cargo

Angel Cid  
Firma

Autorizado por

AN YOLINO GERMESEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma



11 de agosto 2017

Señor  
Lic. Anyolino Germosén  
Alcalde Municipal Ayuntamiento de Tamboril  
Sus manos

Vía:  
Clara Martínez

Distinguido señor:

Después de un afectuoso saludo, quiero felicitarlo por la grandiosa gestión que ha venido realizando en el municipio, y a la vez solicitarle su ayuda, ya que estoy quebrantada de salud y tengo que realizarme una resonancia de cráneo, y soy una persona de escasos recursos económicos, por favor ayúdeme si está a su alcance Sr. alcalde.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,



*OASR*  
Olga Ant. Sánchez  
032-0020434-9

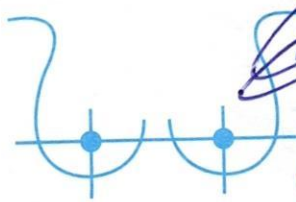


<b>Información Personal:</b>		Fecha: <u>10/08/17</u>
Nombre: <u>OLGA ANTONIA SANDOZ</u>		Edad: <u>62 años</u>
Fecha de Nacimiento: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>		Correo Electrónico: <u>    </u>
Teléfono: <u>    </u>		Celular: <u>    </u>
Dirección: <u>    </u>		
Resumen Clínico: <u>    </u>		
Médico tratante: <u>Felix Carrasallo</u>		

Resonancia Magnética 1.5 T CRANEO.

Tomografía     

Mamografía Digital     



**PAGADO**  
 Clínica Mastología Der. - Izq.  
 Masa Palpable  
 29/08/2017  
 Pre. Hospital  
 Tesorera Ayuntamiento de Tamboril  
 Medicina General  
 EXQ. 2018-97

Densitometría Ósea     

Sonografía            2D    3D    4D    Doppler

Rayos X

11 de Agosto de 2017

**COTIZACION:**

**Nombre:** Olga Antonia Sánchez  
**Edad:** 62 años  
**Dirección:** Tamboril  
**Teléfono:** 809-850-9948  
**Cedula:** 032-0020434-9

Estudio:	Costo:
Resonancia magnética de Cráneo	8,000.00
Medio de contraste de resonancia (opcional)	<u>2,000.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>RD 10,000.00</b>

**Nota:** Si el paciente necesita medio de contraste debe venir en ayunas.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Sánchez', written over the stamp.





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7430

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

No.

006759

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

BEATRIZ VASQUEZ

RD\$

2,000.00

DOS MIL CON CIENTO



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

006759 2111272713401202108684 59

Cap. No. Sub-Objeto Fondo Comprobante No. Fecha

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>X Manio De Jesus</i>			
TOTAL			

**PAGADO**  
29 ABO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag

CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 4020964457-0      Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO BEATRIZ VASQUEZ

DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 2000.00 PARA EL PAGO DE TRANSPORTE PARA UN VIAJE A SANTO DOMINGO, CON LOS NIÑOS DEL CLUB DE CONQUISTADORES DE LA IGLESIA ADVENTISTA, EL EVENTO SERA REALIZO EL 10 DE ABRIL DEL 2017

*X* 

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9995	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.000.00

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CR # 6759  
COMP. 1261



Total General RD\$ 2.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.000.00

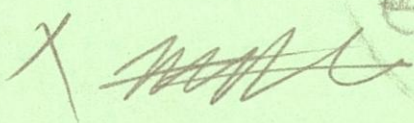
Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesorería: 3-Presupuesto



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 4020964457-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO BEATRIZ VASQUEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 2000.00 PARA EL PAGO DE TRANSPORTE PARA UN VIAJE A SANTO DOMINGO, CON LOS NINOS DEL CLUB DE CONQUISTADORES DE LA IGLESIA ADVENTISTA, EL EVENTO SERA REALIZO EL 10 DE ABRIL DEL 2017

*X* 

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2.000.00

*Mando de Jesus Es*

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
COMP. 1261

*Maria Esther...*  
Contador  
Presidente Concejo Municipal  
(Solo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
Alcalde

Total General RD\$	2.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	2.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 18/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001261

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

BEATRIZ VASQUEZ

Por Valor de RD\$ 2,000.00

DOS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 2000.00 PARA EL PAGO DE TRANSPORTE PARA UN VIAJE A SANTO DOMINGO, CON LOS NIÑOS DEL CLUB DE CONQUISTADORES DE LA IGLESIA ADVENTISTA, EL EVENTO SERA REALIZO EL 10 DE ABRIL DEL 2017

Elaborado por

María Esther Díaz

Nombre

Contadora

Cargo

María Esther Díaz

Firma

Revisado por

Miguel Ángel

Nombre

Contador

Cargo

Miguel Ángel

Firma

Autorizado por

ANYOLINO GERMASEN

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

Anyolino Germasen

Firma







Enero 24, 2017

Av. Juan Pablo Duarte  
Esq. México  
Teléfono:  
809-582-6688  
Fax: 809-583-8330  
E-Mail: adn@verizon.net.do  
Santiago, Rep. Dominicana

Señor  
Anyolino Germosén  
Síndico de Tamboril  
Su Despacho.-

Distinguido señor Síndico:

Que las ricas bendiciones del cielo sean con usted al recibo de esta misiva.

Nos dirigimos a usted para solicitarle la contribución de una ayuda económica para los niños del Club de Conquistadores de nuestra iglesia. Los mismos participarán en el **Camporee Interamericano** de la Iglesia Adventista, donde participarán 41 países y contaremos con la presencia del Presidente de la República Dominicana Licdo. Danilo Medina. Este evento tendrá lugar del 10-16 de abril del 2017, en el Parque del Este en Santo Domingo.

Hacemos esta solicitud a sabiendas de que podemos contar con su apoyo y contribución. Que Dios le recompense su valioso aporte en favor de la niñez de nuestra iglesia.

Sin otro particular por el momento,

Atentamente,

  
Pr. José Luis Torres  
Director Ministerio Juvenil



  
Beatriz Vásquez  
Directora de Conquistadores  
Iglesia Ebenezer

809 344 0593  
Mario

*AutORIZADA POR EL  
Señor Alcalde Anyolino  
Germosén la ayuda de  
2.000.00 pesos  
Clara Martínez*

# Fectaxinor

Empresa de transporte, conatra  
Calle 2, El egido, casi esquina bartolome colon, frente al sameji,  
Santiago Rep.Dom.  
Tel: 809-806-5544

## Cotización:

Quienes suscriben, certifican el precio de una guagua de 30 pasajeros para el transporte de actividades religiosas, solo mano de obra sin el combustible: **RDS 2,300.00**, a través de la solicitante: **Beatriz Vásquez Tineo**, dinero que deberá pagar en un plazo acordado entre las 2 partes el cual esta se compromete a daños causados por los usuarios al vehículo para el viaje a Santo Domingo

Atentamente:

  
Encargado

  
  
  
Solicitante







TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000142 RNC/CEDULA 032-0011438-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO FLO. S. EN FLORES O JUAN DURAN **Jose Alberto**  
DIRECCION CALLE REAL NO. 135, TAMBORIL TELEFONO 809-570-9381  
CTA. BANCARIA 1202105684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA SUMA RD\$ 9800.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR CONCEPTO DE UNA CORONA, 2 AREGLO, UN CENTRO DE MESA, Y UNA AREGLO PARA OFENRA PARA SER UTILIZADO EN LA CELEBRACION DEL 117 ANIVERSARIO DEL MUNICIPIO  
[CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 9,800.00 x 5% = 490.00 ;]

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.2.08.6.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Eventos generales	7,300.00
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9999	102	0	4203	Ayudas y donaciones ocasionales a hogares y personas	2,500.00

**PAGADO**  
23 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
CK # 6760  
COMP. 1278



Total General RD\$	9,800.00
<b>Retenciones</b>	
Total ISR Retencion del 5% para	490.00
Total Retenciones	490.00
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>9,310.00</b>

(Solo debe firmarse si es partida extrapresupuestaria)  
Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
Indiaz



Form. N° \_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

**Ayuntamiento Municipal de Tamboril**  
**COMPROBANTE DEL GASTO**

COMPROBANTE N° 2017-001278  
FECHA 21/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000142 RNC/CEDULA 032-0011439-8      Orden Compra \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO FLO. S. EN FLORES O JUAN DURAN *Jose Alberto*  
DIRECCION CALLE REAL NO.135, TAMBORIL      TELEFONO 809-570-9391  
CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

PAGO DE LA SUMA RD\$ 9800.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 567-05, POR CONCEPTO DE UNA CORONA, 2 AREGLO, UN CENTRO DE MESA, Y UNA AREGLO PARA OFENRA PARA SER UTILIZADO EN LA CELEBRACION DEL 117 ANIVERSARIO DEL MUNICIPIO  
[CALCULO RETENCIONES: Total ISR Retencion del 5% para proveedores = 9,800.00 x 5% = 490.00 ;]

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.2.08.6.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Eventos generales	7,300.00
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	2,500.00

*CK #6760  
CONF. 1278*

*Maria Esther*  
Contador  
*Jose Alberto*  
Contralor Municipal  
*[Signature]*  
Tesorero  
Presidente Concejo Municipal  
Alcalde

Total General RD\$	9,800.00
<b>Retenciones</b>	
Total ISR Retencion del 5% para	490.00
Total Retenciones	490.00
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>9,310.00</b>

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
Indiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 22/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001278

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

FLO. S. EN FLORES O JUAN DURAN

Por Valor de RD\$ 9,310.00

NUEVE MIL TRESCIENTOS DIEZ CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

PAGO DE LA SUMA RD\$ 9800.00 MENOS EL 5% DE RETENCION SEGUN LEY 557-05, POR CONCEPTO DE UNA CORONA, 2 AREEGLO , UN CENTRO DE MESA, Y UNA AREGLO OARA OFENRA PARA SER UTILIZADO EN LA CELEBRACION DEL 117 ANIVERSARUI DEL MUNICIPIO

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Miguel Angel  
Nombre

ANYOLINO GERMOSEN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Miguel Angel  
Firma

[Firma]  
Firma





# Ayuntamiento Municipal de Tamboril

## Relación de Facturas a Pagar

Proveedor: 0142 FLO. S. EN FLORES O JUAN DURAN

Nº Comp.: 2017-1278 Fecha Comp.: 21/8/17

Fecha	Nº Factura	Valor	Monto a Pagar
14/7/17	1968	7,300.00	7,300.00
27/7/17	1979	2,500.00	2,500.00
<b>Total a Pagar</b>			<b>9,800.00</b>

22/8/17  
22/8/17

SIAIM  
SIAIM







TIPO COMPROBANTE: Gasto      Etapas: Com       Dev       Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original       Modificación       Com. que modifica: \_\_\_\_\_      Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001      RNC/CEDULA 032-0001704-8      Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO RAMON ANLILFO LOPEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_      TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

REPOSICION POR LA SUMA RD\$ 1819.00 POR CONCEPTOS DE LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DEL OPERATIVO LA ALCADIA VAA TU BARRIO, EL CUAL SE REALIZO EN EL BARRIO DE CO EL DIA 28 DE JULIO DEL 2017.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
-------------------------	------------------------	----	----	----	----	----	---------	--------------	------------

14.00.0003	2.3.04.1.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Productos medicinales	1.619.00
------------	-------------	-----	----	------	-----	---	------	-----------------------	----------

*[Handwritten Signature]*

032-0001704-8

**PAGADO**  
24 ABO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
CK # 6761  
CORP. 1292



Total General RD\$ 1.619.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 1.619.00

Partida Pr... incuida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incuida en el presupuesto  
 Distribución: Original- Expediente; 1- Contabilidad; 2- Tesorería; 3- Com... presupuesto  
 indiaz



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 22/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0001704-8 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO RAMON ANULFO LOPEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

REPOSICION POR LA SUMA RD\$ 1619.00 POR CONCEPTOS DE LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DEL OPERATIVO LA ALCADIA VA A TU BARRIO, EL CUAL SE REALIZO EN EL BARRIO DE ICO EL DIA 28 DE JULIO DEL 2017.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.3.04.1.01	1.3	20	1955	100	0	4203	Productos medicinales	1.619.00

*[Handwritten signature]*

032-0001704-8

**PAGADO**  
24 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
CORP. 1297

Contador: *[Signature]* Contralor Municipal: *[Signature]* Total General RD\$ 1.619.00

Presidente Concejo Municipal: *[Signature]* Tesorero: *[Signature]* Alcalde: *[Signature]*

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	1.619.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 Alcaldia



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 22/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001292

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

RAMON ANULFO LOPEZ

Por Valor de RD\$ 1,619.00

MILSEISCIENTOS DIECINUEVE CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

REPOSICION POR LA SUMA RD\$ 1619.00 POR CONCEPTOS DE LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA REALIZACION DEL OPERATIVO LA ALCADIA VA A TU BARRIO, EL CUAL SE REALIZO EN EL BARRIO DE ICO EL DIA 28 DE JULIO DEL 2017.

Elaborado por

Maria Esther Diaz

Nombre

Contadora

Cargo

Maria Esther Diaz

Firma

Revisado por

Miguel Angel

Nombre

Control

Cargo

Miguel Angel

Firma

Autorizado por

ANTOLINO GERMOSEN

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

Antolino Gerмосen

Firma









FARMACIA DILCIA MERCEDES

Hermanos Santana Tavares Srl

Tel. 8095805483

RNC 1-3007098-9

VENTAS AL CONTADO

No. 136789

NCF: A020010010200114190

CLIENTE: AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL

DIRECCION: 8095806491

TELEFONO :

VENDEDOR: 6

03 Agosto 2017

4:23:36 pm

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
50.00	Diclofenac - K - 100mg Al	12.64	632.00
5.00	Diclofenac Gel 1% 15g	100.00	500.00
3.00	Ketoconazol Crema 2% Df	112.00	336.00
2.00	Albendazol Susp. 10ml Ibe	51.92	103.84
30.00	Complejo B Tab Disfarmaco	2.00	60.00
10.00	Ibuprofen 600mg Tabs - Ca	6.00	60.00
0.00			0.00



SUB TOTAL: 1691.84

DESCUENTO: 72.84

Tesoreria Ayuntamiento de Tamboril 1,619,00

FOR RECIBIDO CONFORME

TAMBORI R D  
03 DE AGOSTO DEL 2017

SEÑORES  
AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL

ATENCION  
DEPTO DE CONTABILIDAD

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS EL PAGO DE LA FACTURA NO. 136789 POR UN VALOR DE RD\$1,619.00 CORRESPONDIENTE A LA COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA SER DISTRIBUIDOS EN EL OPERATIVO MEDICO DEL DIA 28-07-2017 EN EL BARRIO DE ICO MARTINEZ.

ANEXA A LA PRESENTE LA FACTURA CORRESPONDIENTE  
SIN OTRO PARTICULAR POR ESTE MOMENTO. LES SALUDA

ATENTAMENTE

*Rosely Veras*  
ROSELY VERAS





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006762**  
DIA MES AÑO  
2 2 17

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

*JOSE FRANCISCO POLANCO*

**RD\$**

BAJOS

OCHO MIL CON 00/100

**PESOS**

MONEDA DE CURSO LEGAL



*(Signature)*

*(Signature)*

FIRMA(S)

006762 21611272913K01202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 0003 Fondo \_\_\_\_\_ Comprobante No. 2017-001293 Fecha 22/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<p>PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA DICHO SEÑOR ESCASOS ECONOMICOS</p> <p><i>Jose' Fco Polanco</i></p>		<p><b>PAGADO</b> <b>24 AGO 2017</b> Tesorería Ayuntamiento de Tamboril</p>	
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0004008-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO JOSE FRANCISCO POLANCO *Jose Fco Polanco*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA DICHO SENOR DE ESCASOS ECONOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	8.000.00

**PAGADO**  
 24 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK #6762  
 COMP. 1293

*[Signature]*  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 Contabilidad  
 Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
 Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
 Tesorería  
 Sindicatura  
 Gestión 2016-2020

Total General RD\$ 8.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	8.000.00

Sólo debe usarse si la partida es presupuestaria.  
 Clasificación: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto.  
 Clasificación: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica  Tiene Factura:   
 DIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0004008-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO JOSE FRANCISCO POLANCO *Jose Fco Polanco*  
 DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA DICHO SENOR DE ESCASOS EOCNOMICOS.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	8.000.00

**PAGADO**  
24 ABO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*Jose Fco Polanco 032-0004008-1*

*CK #676  
CONF. 1293*

*Maria Esther* Contador  
*[Signature]* Contralor Municipal  
 Presidente Concejo Municipal  
 (Sólo debe firmar si es partida extrapresupuestaria)  
*[Signature]* Alcalde

Total General RD\$	8.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	8.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Corresponsabilidad: 2-Tesorería: 3-Contraloría: 4-Presupuesto Indiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 22/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001293

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

JOSE FRANCISCO POLANCO

Por Valor de RD\$ 8,000.00

OCHO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 8000.00 PARA LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNETICA DICHO SENOR DE ESCASOS EOCNOMICOS,

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

*Yanira Esther Díaz*  
Nombre

*Miguel Angel*  
Nombre

*ANTOLINO GERMOSEN*  
Nombre

*Contadora*  
Cargo

*Contador*  
Cargo

*ALCALDE MUNICIPAL*  
Cargo

*Yanira Esther Díaz*  
Firma

*Miguel Angel*  
Firma

*[Firma]*  
Firma





# Servicio Nacional de Salud HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMBORIL

Calle Tomás Hernández Franco No. 1, Tamboril, Santiago, Rep. Dom.  
Teléfonos: 809-580-6382/6467



Rx

(I)

Resonancia Magnética

S

*[Handwritten signature]*

PAGADO  
24 AGO 2017  
*J. Acevedo*  
de Tamb



Nombre: José Francisco Polanco  
Fecha: 22/8/17





# Servicio Nacional De Salud

## Hospital Regional Universitario "José María Cabral Y Báez"

Santiago, República Dominicana  
RND. 402064319

PACIENTE SIN SEGURO

### RECETARIO

Datos del Paciente

Nombres: José Francisco

Apellidos: Polanco

Edad:

Sexo:

M

F

Fecha de Prescripción

Día Mes Año  
10 9 17

Expediente Número

Cod. CIE 10:

Diagnostico:

Nombre Medicamento

Podología, Duración del tratamiento

Cantidad

1- Refresh Tear Gotas

uso: 1 gota 3 veces al día

2- Lutein las uso 1 al día 1 vez

Nombre del Medico:

Firma Del Medico:

Cedula del Medico:

M. S. Rodríguez  
686-03

**PAGADO**  
24 A50 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril



22 de Agosto de 2017

**COTIZACION:**

**Nombre:** José Francisco Polanco  
**Edad:** 63 años  
**Dirección:** Santiago, República Dominicana  
**Teléfono:** 829-760-4030  
**Cedula:** 032-0004008-1

Estudio:	Costo:
Resonancia magnética de Columna Dorsal	8,000.00
Medio de contraste de resonancia ( <b>opcional</b> )	<u>2,000.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>RD 10,000.00</b>

**Nota:** Si el paciente necesita medio de contraste debe venir en ayunas.



20/08/17

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica, para poder realizarme un estudio de columna el cual es muy costoso para mi, por favor señor alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si está a su alcance ya que para esta cirugía tengo que realizarme unos cuantos análisis , ayúdeme ya he agotado todos mis recursos por favor señor extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

*Jose Francisco Polanco*

Jose Francisco  
Polanco Guillen  
032-0004008-1



*Autorizada la ayuda por el  
Señor alcalde  
Anyolina Germosen  
de 8,000.00  
Ocho mil pesas*

*Clara Martínez  
22/08/17*



Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130

REPUBLICA DOMINICANA

Ayuntamiento del Municipio de Tamboril

PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD

RNC: 4-02-00223-2

DO59BRRD00000000001202108684

No. 006763

DIA	MES	AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE:

LAURA GAIL MARTINEZ

RD\$

6.000.00



PESOS  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

Cap. No. 14 Sub-Objeto 1103 Fondo Comprobante No. 2017-001294 Fecha 23/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
Laura Martinez 031-0453761-2			
			TOTAL

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.







TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 031-0453761-2 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO LAURA GAIL MARTINEZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

POR LA SUMA RD\$ 6,000.00 PARA LA COMPRA DE UNA PINTA DE SANGRE PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA DE LA NINA ASHLEY MARTINEZ, YA QUE SU MADRE ES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

*Laura Martinez*  
031-0453761-2

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00
<p><i>Laura Martinez</i> 031-0453761-2</p>									

**PAGADO**  
23 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

*Maria Esther Diaz* Contador  
*Amir Saad* Contralor Municipal  
 Presidente Concejo Municipal  
 (sólo debe firmarse si es partida extraresubvencionaria)  
*[Signature]* Tesorero  
 Alcalde

Total General RD\$	6.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	6.000.00

Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
 Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
 Distribución: Original- Expediente: 1-Corresponsabilidad: 2-Tesoreria: 3-Contraloria: 4-Presupuesto  
 Indiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

SOLICITUD DE CHEQUE

Fecha: 23/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001294

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

LAURA GAIL MARTINEZ

Por Valor de RD\$ 6,000.00

SEIS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6,000.00 PARA LA COMPRA DE UNA PINTA DE SANGRE PARA LA INTERVENCION QUIROGICAMENTE DE LA NINA ASHLEY MARTINEZ, YA QUE SU MADRE ES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

*María Esther Díaz*

*Miguel Ángel*

*Amolima GERMOSÉN*

Nombre

Nombre

Nombre

*Contadora*

*Control*

*ALCALDE MUNICIPAL*

Cargo

Cargo

Cargo

*María Esther Díaz*

*Amolima GERMOSÉN*

*[Firma]*

Firma

Firma

Firma





Tamboril, 22 de agosto del 2017

SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS

VIA: CLARA MARTINEZ

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para la compra de una pinta de sangre, para mi hija **ASHLEY MARTINEZ**, quien será intervenida quirúrgicamente, no cuento con los recursos suficientes.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

*Laura Gail Martinez*  
**Laura Gail Martinez**  
**031-0453761-2**





Dr. Raimundo López  
Pediatra  
Solo Dios Salva  
Centro Médico de Especialidades  
Dr. Paulino Reyes

Tels.: (809) 580-8860 ext. 101  
(809) 580-8259  
Cel.: (809) 434-3525

Licey al Medio,  
Santiago, R. D.

Rx Sangre O Rh(-)  
250 CC  
por EV  
para Intervención  
quirúrgica Cardiovascular

*[Handwritten signatures]*

NOMBRE DEL PACIENTE

*Ashley Martínez*

PROXIMA CONSULTA

DIA MES AÑO

20 08 17





Formulario No. 332 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD0000000001202108684

No. **006764**  
DIA MES AÑO  
5 2 17

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: ANA CELESTE DE LA CRUZ **RD\$**

**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL



*[Handwritten signature]*  
FIRMA(S)

#006764 21411272713101202108684 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 1403 Fondo 1403 Comprobante No. 2017-011206 Fecha 27/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
<i>Ana Celeste de la Cruz</i> <i>032-0009685-1</i>			
<b>PAGADO</b> 25 AGO 2017 Tesorería Ayuntamiento de Tamboril			
<b>TOTAL</b>			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dáv  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0009685-1 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO ANA CELESTE DE LA CRUZ  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6,000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ANALISIS MEDICOS Y LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

*Ana Celeste de la Cruz*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00

**PAGADO**  
25 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CKH6764  
COMP. 1296

*Maria Esther Diaz*  
Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Sindicatura  
Gestión 2016-2020

*[Signature]*  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$ 6.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 6.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto  
 Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contratación; 4-Presupuesto  
 Indiaz



COMPROBANTE DEL GASTO

TIPO COMPROBANTE: Gasto  Etapas: Com  Dev  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0009685-1 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO ANA CELESTE DE LA CRUZ

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6,000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ANALISIS MEDICOS Y LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO

*Ana Celeste de la Cruz*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01/2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	6.000.00

*Mauricio Estrella*  
Contador

*[Signature]*  
Contralor

Presidente Concejo Municipal  
debe firmarse es partida extrapresupuestaria

*[Signature]*  
Tesorero  
*[Signature]*  
Alcalde

CRH6764  
Comp. 1296

Total General RD\$ 6.000.00

Retenciones	
Total Retenciones	

Monto Neto a Pagar RD\$ 6.000.00

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
mdiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001296

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

ANA CELESTE DE LA CRUZ

Por Valor de RD\$ 6,000.00

SEIS MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$ 6,000.00 PARA LA REALIZACION DE UN ANALISIS MEDICOSY LA COMPRA DE VARIOS MEDICAMENTOS, DICHA SENORA DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Díaz  
Nombre

Manuel Ángel Acosta  
Nombre

ANTOLINO GERMOSÉN  
Nombre

Contadora  
Cargo

Contador  
Cargo

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

Maria Esther Díaz  
Firma

Manuel Ángel Acosta  
Firma

[Firma]  
Firma



mdiaz





**Tamboril, 23 de agosto del 2017.**

**SEÑOR  
LIC ANYOLINO GERMOSEN  
SINDICO MUNICIPAL DEL AYUNTAMIENTO DE TAMBORIL  
SUS MANOS**

**VIA: CLARA MARTINEZ  
SECRETARIA DEL ALCALDE**

**Asunto: solicitud de ayuda**

Después de un afectuoso saludo, aprovecho la ocasión para solicitarle una ayuda para la compra de medicamentos, y la realización de unos estudios médicos ya que estoy muy delicada de salud, no cuento con los recursos económicos.

Espero que su generosidad se ponga de manifiesto, queda de usted,

Dadas las gracias anticipada

  
**Ana Celeste De la Cruz**  
**032-0009685-1**



FARMACIARIO  
WALDELLUX INVESTMENTS, S.R.L.  
AV. REAL NO. 144, TAMBORIL  
509-580-5582 RNC. 1-31-04616-9

COTIZACION

CAJA 1003 COTI.1114

FECHA 23/08/2017  
CAJERO(A) YULEYSY RAMOS  
ATENCIÓN ANA CELESTE DE LA CRUZ

DESCRIPCION	CANT.	UND	VALOR
ASPIRINO 30 COMPR	3	CAJ	1,432.00
NEOTROPIL 300MG 30 C	20	COM	1,560.00
SARGENOR 5 ML 1 G 30	40	AMP	2,240.00
Items 2			5,232.00







**Consultorio Médico Dr. Caraballo**

Medicina en General

*Dr. Felix Caraballo*

Plaza Real Mod. 4A,  
1er. Nivel. R, D,

Tels.: 809-399-9008  
809-570-9577  
829-253-9008

**Rx**

I #2 CA/A  
 A KINON  
 s:1 t/c p/r  
 # #2 CA/A  
 200 tro pit  
 s:1 t/c p/r  
 # 2 CA/A  
 SAmgerol  
 s:1 p/r

*[Handwritten signature]*

DAGAD  
25 AGO 2017  
Municipalidad Ayuntamiento de Tamboril



NOMBRE:

*Ana Celeste Alvarez*

EDAD:

FECHA:

*21-08-17*

PROX. CITA:



# Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

## Hospital Municipal de Tamboril

Tamboril, Santiago, República Dominicana

Teléfono: 809-580-6382 / 809-580-6467

Fecha: 16/8/2017

Hora: 10:30 AM

Nombre: Ara Celeste De la Cruz

Edad: 89 Departamento: \_\_\_\_\_

Planta: \_\_\_\_\_ Ala y Cama: \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA     | <input type="checkbox"/> HIV                       | <input type="checkbox"/> ANA                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> ORINA         | <input type="checkbox"/> ANTIGENO AUSTRALIANO      | <input type="checkbox"/> TPHA                  |
| <input type="checkbox"/> COPROLOGICO              | <input type="checkbox"/> HCV                       | <input type="checkbox"/> COOMBS DIR            |
| <input type="checkbox"/> VDRL                     | <input type="checkbox"/> HCV IGM                   | <input type="checkbox"/> COOMBS IND            |
| <input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA      | <input type="checkbox"/> HAV IGG                   | <input type="checkbox"/> T. SANGRIA            |
| <input checked="" type="checkbox"/> BUN           | <input type="checkbox"/> MARCADORES DE HEPATITIS B | <input type="checkbox"/> T. COAGULACION        |
| <input type="checkbox"/> CREATININA               | <input type="checkbox"/> PSA                       | <input type="checkbox"/> T. PROTROMBINA        |
| <input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL    | <input type="checkbox"/> PSA LIBRE                 | <input type="checkbox"/> TTP                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS | <input type="checkbox"/> TSH                       | <input type="checkbox"/> T.T.                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL-C         | <input type="checkbox"/> T3                        | <input type="checkbox"/> FIBRINOGENO           |
| <input type="checkbox"/> PROTEINAS                | <input type="checkbox"/> T4                        | <input type="checkbox"/> HIERRO                |
| <input type="checkbox"/> ALBUMINA                 | <input type="checkbox"/> T4 LIBRE                  | <input type="checkbox"/> TIBC                  |
| <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA              | <input type="checkbox"/> LM                        | <input type="checkbox"/> FERRITINA             |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDH           | <input type="checkbox"/> ESH                       | <input type="checkbox"/> CARBAMACEPINA         |
| <input type="checkbox"/> FOSF ALCALINA            | <input type="checkbox"/> ESTRADIOL                 | <input type="checkbox"/> FENOBARBITAL          |
| <input type="checkbox"/> SGOT                     | <input type="checkbox"/> PROGESTERONA              | <input type="checkbox"/> EPAMIN                |
| <input type="checkbox"/> SGPT                     | <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA              | <input type="checkbox"/> DIGOXINA              |
| <input type="checkbox"/> GGT                      | <input type="checkbox"/> DHEAS-S04                 | <input type="checkbox"/> CLAMIDIA              |
| <input type="checkbox"/> CK                       | <input type="checkbox"/> PROLACTINA                | <input type="checkbox"/> BACILOSCOPIA          |
| <input type="checkbox"/> CK-MB                    | <input type="checkbox"/> ESTROGENOS TOTALES        | <input type="checkbox"/> BK                    |
| <input type="checkbox"/> SODIO                    | <input type="checkbox"/> CEA                       | <input type="checkbox"/> UROCULTIVO            |
| <input type="checkbox"/> POTASIO                  | <input type="checkbox"/> AFP                       | <input type="checkbox"/> COPROCULTIVO          |
| <input type="checkbox"/> CLORO                    | <input type="checkbox"/> BHGC                      | <input type="checkbox"/> CULTIVO FARINGEO      |
| <input type="checkbox"/> AMILASA                  | <input type="checkbox"/> CA 15-2                   | <input type="checkbox"/> HEMOCULTIVO           |
| <input type="checkbox"/> LIPASA                   | <input type="checkbox"/> CA 125                    | <input type="checkbox"/> ROTAVIRUS             |
| <input type="checkbox"/> CALCIO                   | <input type="checkbox"/> CA 19-9                   | <input type="checkbox"/> GRAVINDEZ             |
| <input type="checkbox"/> FOSFORO                  | <input type="checkbox"/> TOXO IGM                  | <input type="checkbox"/> PROT. DE BENICE JANES |
| <input type="checkbox"/> AC. URICO                | <input type="checkbox"/> TOXO IGG                  | <input type="checkbox"/> DEPURACION DE CREAT.  |
| <input type="checkbox"/> GLICOHEMOGLOBINA         | <input type="checkbox"/> RUBELLA IGM               | <input type="checkbox"/> BUN EN ORINA          |
| <input type="checkbox"/> AMONIO                   | <input type="checkbox"/> RUBELLA IGG               | <input type="checkbox"/> FOSFORO EN ORINA      |
| <input type="checkbox"/> LACTATO                  | <input type="checkbox"/> HERPES 1-21 GM            | <input type="checkbox"/> VMA                   |
| <input type="checkbox"/> COLINESTERASA            | <input type="checkbox"/> HERPES 1-21 GG            | <input type="checkbox"/> 17-CETOS              |
| <input type="checkbox"/> ALCOHOL                  | <input type="checkbox"/> CMV IGM                   | <input type="checkbox"/> METANEFRINAS          |
| <input type="checkbox"/> TIPIFICACION             | <input type="checkbox"/> CMV IGG                   | <input type="checkbox"/> APO 1                 |
| <input type="checkbox"/> ASO                      | <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS HB         | <input type="checkbox"/> APO B                 |
| <input type="checkbox"/> PCR                      | <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS PROT.      | <input type="checkbox"/> ANTI TRISPSINA        |
| <input type="checkbox"/> F. REUMATOIDE            | <input type="checkbox"/> IGG                       | <input type="checkbox"/> VIT B12               |
| <input type="checkbox"/> WIDAL                    | <input type="checkbox"/> IGM                       | <input type="checkbox"/> FOLATO                |
| <input type="checkbox"/> GESTATEST                | <input type="checkbox"/> IGA                       | <input type="checkbox"/> CORTISOL              |
| <input type="checkbox"/> ERITROSEDIMENTACION      | <input type="checkbox"/> IGE                       | <input type="checkbox"/> AC. VALPROICO         |
| <input type="checkbox"/> FALCEMIA                 | <input type="checkbox"/> C3                        |  |
| <input type="checkbox"/> RETICULOCITOS            | <input type="checkbox"/> C4                        |  |
| <input type="checkbox"/> CUENTA EOSINOFILOS       | <input type="checkbox"/> CE LE                     |  |
| <input type="checkbox"/> PPD                      |  |  |

OTROS: \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES:

- Para toma de Orina: Previo lavado genital. Pruebas que deben venir en ayunas: Glicemia, Úrea, Creatinina, Acido Úrico, SGOT, SGPT, Colesterol, Triglicéridos, Bilirrubina, Amilasa, Fosfatasa.
- Colesterol y Triglicéridos: 12 horas antes, no ingerir grasa:







COTIZACIONES DE ANALITICAS DEL LABORATORIO PARA . ANA  
CELESTE DE LA CRUZ . CD 0320010825-0

- 1- HEMOGRAMA – 170 PESOS
- 2- UROANALISIS- 250 PESOS
- 3- GLISEMIA – 250 PESOS
- 4- UREA- 180 PESO
- 5- CREATININA 180 PESO
- 6- ACIDO URICO 180 PESO
- 7- ALBUMINA 180 PESO
- 8- COLESTEROL TOTAL 250 PESO
- 9- COLESTEROL HDL 500 PESO
- 10- COLESTEROL LDL 200 PESO
- 11- TRINGLICERIDOS 180 PESO

MONTO TOTAL 2,520 PESOS



DE FECHA 01/08/17

Formulario No. 382 Ref.  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General

CODIGO 130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006765**  
DIA MES AÑO

PAGUESE CONTRA ESTE  
CHEQUE A LA ORDEN DE: JUANA EMILIA TORRES

**RD\$**

5.000.00

CINCO MIL CON CERO



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

*[Handwritten signatures]*

FIRMA(S)

006765# 21431272713401202108684# 59

Cap. No. 54 Sub-Objeto 0003 Fondo 2017-01179 Comprobante No. 25AG/2017 Fecha 25AG/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Unidad Organizativa	Valor
PARA LOS PAGOS DE HONORARIOS A LOS MEDICOS POR CIRUGIA DE UN OJO AL NIÑO LUIS JOSE RODRIGUEZ, DICHA MADRE DE ESCAROS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO  <i>Juan Torres</i>		<b>PAGADO</b> <b>25 AGO 2017</b> <b>Tesorería Ayuntamiento de Tamboril</b>  <i>032-0017189-8</i>	
TOTAL			

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Triplicado, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Septuplicado, Control de Presupuesto.



TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Dev  Pag   
 CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
 CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0017488-8 Orden Compra \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIO LIANA EMILIA TORRES *Juan Luis*  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_  
 CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA LOS PAGOS DE HONORARIOS A LOS MEDICOS POR CIRUGIA DE UN OJO AL NINO LUIS JOSE RODRIGUEZ, DICHA MADRE DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	13	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

**PAGADO**  
25 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK #6765  
COM. 1298

*Maria Esther Diaz*



Partida Presupuestaria: \_\_\_\_\_  
 Partida Extrapresupuestaria: \_\_\_\_\_  
 Distribución: Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Sindicatura  
 Total General RD\$ 5.000.00  
 Retenciones \_\_\_\_\_  
 Total Retenciones \_\_\_\_\_  
 Monto Neto a Pagar RD\$ 5.000.00



**TIPO COMPROBANTE:** Gasto  **Etapas:** Com  Dev  Pag   
**CLASE DOCUMENTO:** Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:   
**CODIGO BENEFICIARIO:** 000001 **RNC/CEDULA** 032-0017489-8 **Orden Compra** \_\_\_\_\_  
**BENEFICIARIO** LIANA EMILIA TORRES *Joana Torres*  
**DIRECCION** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_  
**CTA. BANCARIA** 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA LOS PAGOS DE HONORARIOS A LOS MEDICOS POR CIRUGIA DE UN OJO AL NIÑO LUIS JOSE RODRIGUEZ, DICHA MADRE DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	5.000.00

*Joana Torres*

*032-0017489-8*

*CK#6785*  
*COMP. 1298*

*Maria Esthela Díaz*  
 Contador

*[Signature]*  
 Contralor Municipal

*[Signature]*  
 Tesorero

*[Signature]*  
 Alcalde

Presidente Concejo Municipal  
 (Solo debe firmar si es partida extra presupuestaria)

Total General RD\$	5.000.00
<b>Retenciones</b>	
Total Retenciones	
<b>Monto Neto a Pagar RD\$</b>	<b>5.000.00</b>

**Partida Presupuestaria:** partida incluida en el presupuesto.  
**Partida Extrapresupuestaria:** partida no incluida en el presupuesto.  
**Distribución:** Original- Expediente; 1-Contabilidad; 2-Tesoreria; 3-Contraloria; 4-Presupuesto  
 ndiaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001298

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

JUANA EMILIA TORRES

Por Valor de RD\$ 5,000.00

CINCO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$5,000.00 PARA LOS PAGOS DE HONORARIOS A LOS MEDICOS POR CIRUGIA DE UN OJO AL NINO LUIS JOSE RODRIGUEZ, DICHA MADRE DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Revisado por

Autorizado por

Maria Esther Diaz

Nombre

Contadora

Cargo

Maria Esther Diaz

Firma

Maria Angeles

Nombre

Contador

Cargo

[Firma]

Firma

ANTOLINO GERROSEN

Nombre

ALCALDE MUNICIPAL

Cargo

[Firma]

Firma

mdiaz



24/08/17

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica, para la realización de una cirugía de un ojo de mi hijo, el cual tubo un accidente en la escuela por favor señor Alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si está a su alcance ya que soy de muy escasos recursos económicos, esa cirugía es super costosa, si le es posible extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Juana Emilita Torres  
Madre  
Juana Emilia  
Torres  
032-0017489-8

Autorizado lo ayudo  
por el Señor alcalde  
Anyolina Germosen es  
5,000.00 cinco mil  
Pesos para ayuda es  
de cirugía.  
Claros Martines  
25/08/17





AV. JUAN PABLO DUARTE #64  
Tel.:809-582-6661 Fax.:809-241-2090  
RNC 1-02-00131-6

DEPOSITO PACIENTE PRIVADO

PACIENTE...: OC OTROS CLIENTES

DIRECCION...:

TELEFONO...:

COMENTARIO: POTE LUIS JOSE RODRIGUEZ\*\*\*\*

DOC No.: DPP- 000000006298

FECHA...: 24/08/2017 4:40 pm

MEDICO...: VG

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
DP	DEPOSITO PACIENTE	

VALOR REGISTRADO 20,000.00



PI-43294

CENTRO MEDICO CIBAO

FECHA

24/8/17

HORA

HABITACION

212 ✓

\$ 20,000.- ✓

POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL PERSONAL DE ENFERMERIA

LA SALIDA DEL PACIENTE

Jose Rodriguez

LA ADMINISTRACION





# CENTRO MEDICO CIBAO - UTESA

## Despachos a Pacientes Por Tipo De Articulo - Detallados

F.Impresión: 28/08/2017 15:32:55

Page 1 of 2

paciente.: PI-000043294 - LUIS JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ  
 bitación: 9999      Categoría: PA PACIENTE ASEGURADO      Aseguradora: S-02 PRIMERA ARS DE HUMANO (1-01-86442-  
 dula....: 032-0017160-5      Teléfono: 809-570-9780      Póliza: 10755-31805  
 rección.: C/ENRIQUE HERNÁNDEZ, NO. 10, TAMBORIL, SANTIAGO      Edad: 05A 05M 16D  
 Médico...DRA. BETTY SANTOS      Fec.Ingreso: 22/08/2017      Hora: 200321  
 Diagnóstico: DESGARRO PARPADO IZQUIERDO INFERIOR Y VIA LAGRIMAL

Articulo	U_MIN	CAN_VENTA	CAN_DEV	CAN_REAL	PRECIO_PROM	IMPORTE NETO
<b>Tipo Artículo: MED MEDICINA</b>						
AGDU2	AGUA DESTILADA 10 CC. X 100 -MGA-	U	2.00	0.00	2.00	31.20
ATPN1	ATROPINA AMPOLLA 1 ML X 100 -MGA-	U	1.00	0.00	1.00	29.00
BGR0	BERGERON 12.5 MG X 10 SUPOS.	U	4.00	1.00	3.00	75.00
BTS4	SUERO MIXTO AL 0.33% 500 BAXTER	U	3.00	0.00	3.00	257.40
CFR1	CLAFORAN AMP. 500 MG IV	C	2.00	0.00	2.00	2,558.40
CTF1	CATAFLAN SUPOSITORIO 12.5 MG. X 10	U	1.00	0.00	0.00	0.00
DGN1	DOLGENAL 30 MG X 25 AMP.	A	1.00	0.00	1.00	214.49
EMR1	ESMERON X 12 VIALES	A	1.00	0.00	1.00	625.35
HMLB0	HUMYLUB OFTEN0 X 15 ML.	F	1.00	0.00	1.00	570.00
IDS2	SUERO SALINO 0.9 500 CC	F	1.00	0.00	1.00	71.50
NTMNO	NEOSTIGMINE 0.5 MG. AMPOLLAS X 100.	A	4.00	0.00	4.00	260.00
PRPF1	PROPOFOL 10MG/20ML. AMP	F	1.00	0.00	1.00	260.00
SRT0	SERO-TEC X 250 UI -GAMMA GLOBULINA-	F	1.00	0.00	1.00	1,214.20
SVRNO	SEVORANE ANESTESICO 250 ML.	CC	60.00	0.00	60.00	2,111.40
TZD0	TRAZIDEX GOTA OFTEN0	F	1.00	0.00	1.00	770.00
TZD1	TRAZIDEX URGENA	F	1.00	0.00	1.00	890.01
<b>T. Gral Tipo Artículo:</b>			<b>85.00</b>	<b>2.00</b>	<b>83.00</b>	<b>9,937.95</b>

<b>Tipo Artículo: MGA MATERIAL GASTABLE</b>						
ACHI3	ALCOHOL ISOPROPILICO CC -ENVASADO-	F	1.00	0.00	1.00	36.40
AGD1	ALGODON DE DETALLE	U	1.00	0.00	1.00	8.97
BTCEA0	BATAS DE CIRUJANO ESTERIL	U	1.00	0.00	1.00	356.03
CNLY0	CANULA YANKAUER -GOMA Y CANULA-	U	1.00	0.00	1.00	156.00
FDA0	FUNDA DE ASPIRAR RECEPTAL	U	1.00	0.00	1.00	314.47
GSCA2	GASA ESTERIL PAQUETE	PQ	4.00	0.00	4.00	208.00
GTGU0	GUANTES DESECHABLE X 50 PAR	PR	13.00	0.00	13.00	108.16
GTP0	GUANTE PERRY # 7 X 50 -MGA-	PR	2.00	0.00	2.00	182.00
GTP1	GUANTE PERRY #7 1/2 X 50.	PR	2.00	0.00	2.00	140.40
HLN02	HILO NYLON 6-0 BLACK X 24 REF 160	S	1.00	0.00	1.00	189.58
HLS05	HILO SEDA NEGRA 4-0 REF K 831 H	U	1.00	0.00	1.00	182.00
HLV11	HILO VICRYL 5-0 REF 121	S	1.00	0.00	1.00	260.00
JBD0	JERINGA BD 5 CC X 100 -MGA-	U	6.00	0.00	3.00	27.60
JBD1	JERINGA 10 CC X 100	U	11.00	6.00	5.00	61.75
JBD5	JERINGA BD 3 CC X 100 -MGA-	U	1.00	0.00	1.00	16.14
KDPO0	PARCHE DE OJOS X 50 -KENDALL-	U	22.00	0.00	22.00	223.74
MCCT0	MICROGOTERO TUBO 150 ML -SOLUSET FILTEP	U	1.00	0.00	1.00	138.81
MCPR30	MICROPORE 3M 2PULG. X 6 -MGA-	U	1.00	0.00	1.00	280.58
MCRQ0	MASCARILLA QUIRURGICA X 50 -MGA-	U	2.00	0.00	2.00	5.51
MVB0	MOVIBLE X 150 UNIDADES -MGA-	U	4.00	0.00	4.00	26.19
RRO	RED-DOT ELECTRODOS X 25 -MGA-	U	3.00	0.00	3.00	33.05
SDPR4	SEDAPORE 3M 1PULG	U	2.00	1.00	1.00	151.13
TBE2	TUBO ENDOTRAQUEA # 4.5 -MGA-	U	1.00	0.00	1.00	142.24
TMMT0	TERMOMETRO ORALES -MGA-	U	1.00	0.00	1.00	52.88
ZPTC0	ZAPATO CIRUJANO DESECHABLE	PR	3.00	0.00	3.00	15.97
<b>T. Gral Tipo Artículo:</b>			<b>87.00</b>	<b>0.00</b>	<b>77.00</b>	<b>3,587.17</b>





tipo Artículo: TC TIPO COSMETICOS

HSP3	HISOPOS LIMPIECITOS X 75 UNID.	PQ	1.00	0.00	1.00	58.18	68.65
T. Gral Tipo Artículo:			1.00	0.00	1.00		68.65
T. Gral Paciente:			173.00	12.00	161.00		13,593.77
Totales Generales:			173.00	12.00	161.00		13,593.77





# PACIENTE ASEGURADO HONORARIOS MEDICOS

Page 1 of 1  
F. Impresión: 25/08/2017 11:02:43

IMPRESO

INTERNAMIENTO

ECHA HONORARIO: 24/08/2017 00:00:00

Paciente: **PI-000043294 LUIS JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ**

Dirección: C/ENRIQUE HERNÁNDEZ, NO. 10, TAMBORIL, SANTIAGO

F. Ingreso: 22/08/2017      Hora: 20:03:21  
Estado: (I) INACTIVO

Teléfonos: 809-570-9780

Celular: 829-382-7035

Habitación: ME0148 DRA. BETTY SANTOS

Cédula: 032-0017160-5

Edad: 05A 05M 16D

Garante: KATHERINE MARTINEZ DAJER

Sexo: MASCULINO

F. Salida: 24/08/2017

Comentario:

Aseguradora: S-02 PRIMERA ARS DE HUMANO (1-01-86442-7)

F. Vence:

Plan: B PLAN BASICO

Poliza: 10755-31805

No Carnet: 005

Seguro Social: 140170324

Empresa Lab: PRODENOR

Motivo Ingreso: DESGARRO PARPADO IZQUIERDO INFERIOR Y VIA LAGRIMAL

MEDICO	NOMBRE	VALOR	COBERTURA	A PAGAR	#AUTORIZACION	AUTORIZADO PC
ME0148	DRA. BETTY SANTOS	15,205.40	13,684.86	1,520.54	.1687109	LILIANA CUETO
DIAGNOSTICO DESGARRO PARPADO IZQUIERDO INFERIOR Y VIA LAGRIMAL						
ME0145	DRA. MIRTHA ALT. SANCHEZ PICHARDI	5,321.89	4,789.70	532.19	1687109	LILIANA CUETO
DIAGNOSTICO DESGARRO PARPADO IZQUIERDO INFERIOR Y VIA LAGRIMAL						
ME0148	DRA. BETTY SANTOS	20,000.00		20,000.00		
DIAGNOSTICO						
<b>Total General:</b>		40,527.29	18,474.56	22,052.73		

PAGADO  
29 AGO 2017  
 Tesorería Ayuntamiento  
 de Tamboril



REGISTRADO POR: SK02 KATIANA ALTAGRACIA SANTOS PERALTA

Revisado Por



# CENTRO MEDICO CIBAO - UTESA

AV. JUAN PABLO DUARTE #64

Teléfono: 809-582-6661

RNC: 1-02-00131-6

RE-IMPRESO

F. Impresión: 25/08/2017

CIERRE DE CUENTA PACIENTE INTERNO- ASEGURADO

FECHA: 25/08/2017 11:02:36

NCF: A020010010200082369

CIERRE No: CCPS000000021204

Paciente: PI-000043294 LUIS JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ

Aseguradora: PRIMERA ARS DE HUMANO (1-01-86442-7)

Médico: DRA. BETTY SANTOS

RNC: 032-0017160-5

CODIGO	DESCRIPCION	DESCUENTO	IMPORTE	COBERTURA	A PAGAR
C-03	CAUTERIO		110.25	99.23	11.02
H-01	HABITACION		3,600.00	3,480.00	120.00
M-02	MATERIAL GASTABLE- MEDICINA	68.65	3,432.08	3,027.09	336.34
M-03	MATERIAL DESECHABLE		80.00		80.00
M-04	MEDICINA		9,937.95	8,944.16	993.79
M-05	MONITOR		324.45	292.01	32.44
O-01	OXIGENO		206.59	185.93	20.66
S-04	SALA DE CIRUGIA		1,377.60	1,239.84	137.76
U-01	USO DE TELEFONO		60.00		60.00
X-02	MATERIAL GASTABLE- EXCLUIDO		223.74		223.74
X-04	MEDICINA - EXCLUIDA		68.65		68.65
Total General:		68.65	19,421.31	17,268.26	2,084.40



REGISTRADO POR: KATIANA ALTAGRACIA SANTOS PERAL

Firma Paciente



### RECIBO HONORARIOS MEDICOS

Recibimos De: PI-000043294-LUIS JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ  
La suma de: \*\* VEINTE Y DOS MIL CINCUENTA Y DOS PESOS CON 73/100 \*\*  
Concepto:

Fecha: 28/08/2017 03:31:46l

Factura	Fecha	Monto	Descuento	Abono	Pendiente
OFI000000080545	24/08/2017	15,205.40		1,520.54	0.00
OFI000000080546	24/08/2017	5,321.89		532.19	0.00
OFI000000080547	24/08/2017	20,000.00		20,000.00	0.00

Forma de Pago: TEF 22,052.73



Valor Recibido: 22,052.73  
Devolver: 0.00



Recibido por: [Signature]

CENTRO MEDICO CIBAO - UTESA

RNC 1-02-00131-6

Recibo: RIA000000023418

### RECIBO DE INGRESO PACIENTE

Recibimos De: PI-000043294-LUIS JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ  
La suma de: \*\* DOS MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS CON 40/100 \*\*  
Concepto:

Fecha: 28/08/2017 03:31:04l

Factura	Fecha	Monto	Descuento	Abono	Pendiente
CCPS000000021204	25/08/2017	19,352.66		2,084.40	0.00

Forma de Pago: TEF 2,084.40

Valor Recibido: 2,084.40

Devolver: 0.00



Recibido por: SUGER...



CENTRO MEDICO CIBAO - UTESA



Formulario No. 332 Rev. 1  
Aprobado por el Contralor y  
Auditor General


CODIGO 7130  
REPUBLICA DOMINICANA  
*Ayuntamiento del Municipio de Tamboril*  
**PROGRAMAS EDUCATIVOS, GENERO Y SALUD**  
RNC: 4-02-00223-2  
DO59BRRD00000000001202108684

No. **006766**

DIA	MES	AÑO
29	8	2017

PAGUESE CONTRA ESTE CHEQUE A LA ORDEN DE: JUAN CARLOS REYES **RD\$** 4.000 00

CUATRO MIL CON 00/100



**PESOS**  
MONEDA DE CURSO LEGAL

FIRMA(S)

#006766# 21411272713801202108684# 59

Cap. No. 14 Sub-Objeto 032 Fondo 032 Comprobante No. 2017-00129 Fecha 29/08/2017

DETALLE DE LA CUENTA PAGADA	Símbolo	Valor
LA REALIZACION DE UN OPERACION DE CORAZON DIGNO SERVICIO DE ESCUELAS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO	032-0027307-0	4.000,00
TOTAL		

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

*Juan Carlos Reyes*

DISTRIBUCION: Original al interesado; Duplicado y Tríptico, Contraloría y Cámara de Cuentas; Cuadruplicado, Liga Municipal Dominicana; Quintuplicado, Tesorería; Sextuplicado, Sindicatura Mcpl.; Séptuplicado, Control de Presupuesto.



COMPROBANTE DEL GASTO

FECHA 25/08/2017

TIPO COMPROBANTE: Gasto Etapas: Com  Pag

CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Com. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

CODIGO BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0027307-0 Orden Compra \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO LIAN CARLOS REYES

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202106684 Cuenta de Educación, Salud y Género

Detalle

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00P PARA LA REALIZACION DE UN OPERACION DE CORAZON, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.



Estructura Programática	Clasificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Ayudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril

CK #6766  
comp. 1299

*Maestro de Cuentas*  
Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
Contabilidad  
Gestión 2016-2020

*De la Tesorería*  
Ayuntamiento Municipal de Tamboril  
Tesorería  
Gestión 2016-2020

Total General RD\$	4.000.00
Retenciones	
Total Retenciones	
Monto Neto a Pagar RD\$	4.000.00

Partida Presupuestaria: \_\_\_\_\_  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad; 2-Tesorería; 3-Contraloría; 4-Presupuesto  
Indiaz



TIPO COMPROBANTE: Gasto  
CLASE DOCUMENTO: Original  Modificación  Etapas: Com.  Pag.   
Corr. que modifica: \_\_\_\_\_ Tiene Factura:

BENEFICIARIO: 000001 RNC/CEDULA 032-0027307-0 Orden Compra \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO: JUAN CARLOS REYES

DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CTA. BANCARIA 1202108684 Cuenta de Educación, Salud y Género

**Detalle**

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00P PARA LA REALIZACION DE UN OPERACION DE CORAZON, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

*[Handwritten signature]*

Estructura Programática	Classificador del Gasto	DF	FF	FE	OF	ER	Función	Denominación	Valor RD\$
14.00.0003	2.4.01.2.02	1.3	30	9998	102	0	4203	Avudas v donaciones ocasionales a hogares v personas	4.000.00

*Juan Carlos Reyes*

**PAGADO**  
29 AGO 2017  
Tesorería Ayuntamiento de Tamboril  
comp. 1799

22-0027307-0

Total General RD\$ 4.000.00

Retenciones

Total Retenciones

Monto Neto a Pagar RD\$ 4.000.00

Contador *[Signature]* Contralor Municipal *[Signature]*  
Presidente Concejo Municipal *[Signature]* Alcalde *[Signature]*  
(sólo debe firmarse si es partida extra-presupuestaria)

Partida Presupuestaria: partida incluida en el presupuesto.  
Partida Extrapresupuestaria: partida no incluida en el presupuesto.  
Distribución: Original- Expediente: 1-Contabilidad: 2-Tesorería: 3-Contraloría: 4-Presupuesto  
Díaz



Ayuntamiento Municipal de Tamboril

**SOLICITUD DE CHEQUE**

Fecha: 25/08/2017

Nº Comprobante: 2017-001299

Se solicita la emisión de cheque a favor de:

JUAN CARLOS REYES

Por Valor de RD\$ 4,000.00

CUATRO MIL CON 00/100 PESOS

Por Concepto de:

AYUDA POR LA SUMA RD\$4000.00P PARA LA REALIZACION DE UN OPERACION DE CORAZON, DICHO SENOR DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS DEL MUNICIPIO.

Elaborado por

Maria Esther Diaz  
Nombre

Contadora  
Cargo

Maria Esther Diaz  
Firma

Revisado por

Miguel Angel  
Nombre

Control  
Cargo

[Firma]  
Firma

Autorizado por

ANOLINO GERMOSEN  
Nombre

ALCALDE MUNICIPAL  
Cargo

[Firma]  
Firma





24/08/17

Al: Lic . Anyolino Germosen

Alcalde municipal

A sus manos.

Luego de un afectuoso saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle una colaboración económica, para la realización de una cirugía del corazón por favor señor Alcalde Anyolino Germosen ayúdeme si está a su alcance ya que soy de muy escasos recursos económicos, esa cirugía es super costosa, si le es posible extiéndame sus manos.

Dada las gracias por anticipadas, Dios y yo se lo agradeceremos.

Juan Carlos  
Reyes Mármol  
032-0027307-0

Juan Carlos Reyes  
032-0027307-0



autorizado la  
ayuda para el señor  
alcalde Anyolino  
Germosen de 4,000.00  
cuatro mil pesos  
Chris Martinez  
25/08/17

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ  
SANTIAGO REPÚBLICA DOMINICANA.



STGO, 24-7-2017

FORMULARIO DE SOLICITUD  
REFERIDO A CORAZONES DEL CIBAO

EDAD: 39 AÑOS  
NOMBRE: JUAN CARLOS REYES

DIAGNÓSTICOS:

- SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL ST DE CARA INFEROPOSTEROLATERAL KILLIP Y KIMBAL I
- POLIGLOBULIA

NOTA: SE SOLICITA CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

DR. LÓPEZ LUCIANO M.A.  
DR. CAMILO RICARD  
DR. CONCEPCION RICARD



TELÉFONOS, (809) 583-5787 – (809) 583-5792 – CENTRAL (809) 583-4310 – FAX: (809) 971-0330



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ  
DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA  
RESUMEN CLINICO

FECHA INGRESO: 15/7/17  
NOMBRE: JUAN CARLOS REYES MARMOL  
SEXO: MASC  
Exp: 76-63-00  
CED: 03200273070

HORA: 4:20 PM  
EDAD: 39 años  
SALA: 6N3C2

**RESUMEN CLINICO:** paciente se encontraba estable hasta hace 1 semana que presenta dolor torácico retroesternal opresivo de moderada intensidad, en reposos con un duración de 20 minutos que cedió de manera espontánea permaneciendo sin buscar ayuda médica, hace 24 horas presenta el dolor de iguales característica mientras caminaba, acompañado de mareos que lo obliga a detenerse el cual perdura por alrededor de 20 minutos, hace 16 horas presenta nueva vez el dolor en reposo de leve intensidad con una duración de 10- 15 minutos, hoy hace 4 horas presenta dolor torácico de fuerte intensidad irradiado a brazo izquierdo acompañado de náuseas y mareos por lo que es llevado a centro de su comunidad de donde es referido a este centro.

Paciente natural y residente en tamboril, letrado, seguridad, católico, unido

**FACTORES DE RIESGO:** sexo, poliglobulia

**APP:** poliglobulia tratada con flebotomía 2 a 3 veces por año.

**HÁBITOS TÓXICOS:** Café una vez al día, Tabaco: 1 Cigarro al dia por 4 meses abandono hace 2 años, alcohol y drogas: negados **Antecedentes quirúrgicos:** apendiceptomia, **traumáticos, Transfusionales: y Alérgicos:** negado

**AL EXAMEN FÍSICO:**

Paciente consciente, orientado en las 3 esferas, febril, que luce agudamente enfermo. Con dolor torácico signos vitales de:

TA: 130/90 mmHg FC: 88l/m FR: 19 r/m. KILLIP I

**CUELLO:** cilindrico, movil, pulso carotideo presente y normal.

**TÓRAX:** simétrico, Normodinámico, sin retracciones subcostales, ápex palpable en 5to espacio intercostal con línea media clavicular.

**CORAZÓN:** Ruidos Cardíacos regulares, taquicardico, R1 presente y normal no soplo sistólico y R2 de intensidad normal no soplo diastólico, sin soplos audibles, sin R3, sin R4, sin frotos pericárdico.

**PULMONES:** normoventilados, murmullo vesicular presente y normal en ambos campos y sin estertores agregados.

**ABDOMEN:** globoso a expensa de tejido adiposo con cicatriz en fosa iliaca derecha, peristalsis adecuada, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalia.

**MIEMBROS INFERIORES:** Simétricos, móviles, pulsos periféricos adecuados, no edema, no cianosis.

**EKG:** RITMO SINUSAL, FC L/M, P 80 MS POR 1 MM, PR 120 MS, QT 340 MS, EJE DEL QRS +60 GRADOS, ACTIVACION GLOBAL A LA IZQUIERDA, ABAJO Y DELANTE SOKOLOW 17 MM QR EN DII, DIII, AVF, SUPRADES NIVEL DEL ST DE 3 MM EN DII, DII, AVF, de 1 mm de V5- v9, INFRADENIVEL DE DE 1-3 MM DE V1-V3. DI Y AVL, ONDAS t NEGATIVAS EN DII. DIII, AVF CONCLUSIÓN: RITMO SINUSAL, LESION SUBEPICARDICA DE CARA INFERIOR, POSTERIOR Y LATERAL BAJA.





**Ministerio de Salud Pública**  
**Hospital Municipal de Tamboril**  
**Dr. Ico Martínez**  
Tamboril, Santiago, República Dominicana

**FORMULARIO DE REFERENCIA**

PSS: \_\_\_\_\_ ARS/SNS: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Paciente: Juan Carlos Reyes

Edad: 40 Sexo: F \_\_\_\_\_ M  Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_ No. de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Dirección (calle, barrio, ensanche) Los polanco

Provincia, Municipio, Sección Paraje: Tamboril

Referido a: —

Motivo de Referencia: \_\_\_\_\_

Resultado de Pruebas Complementarias: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Presuntivo D/c IAM

Tratamiento Realizado Sol. Salina 0.9

Aspirina v.o.

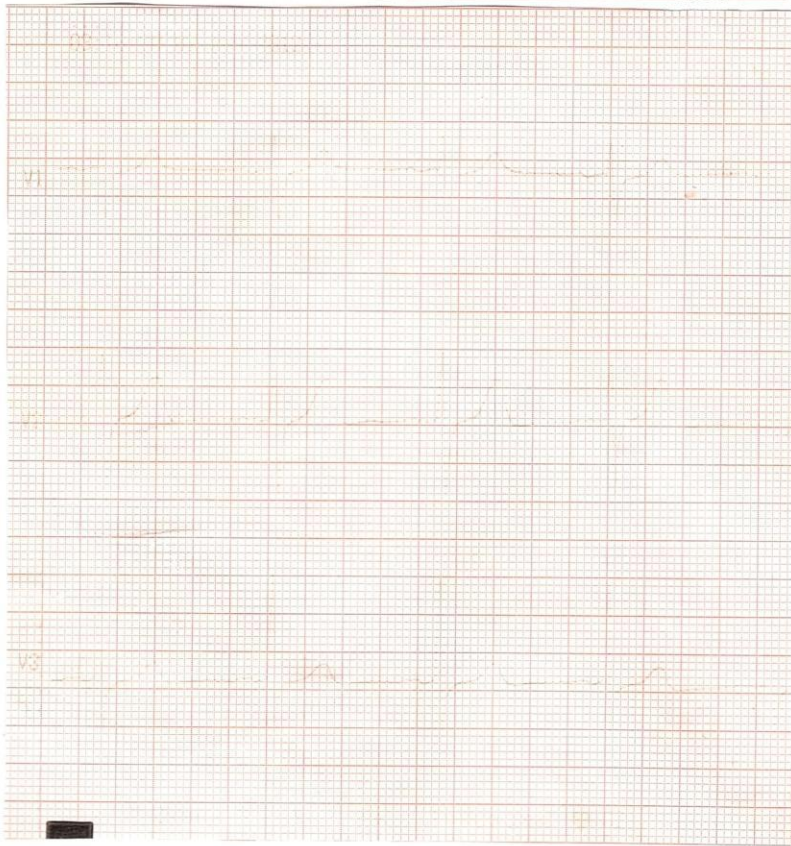
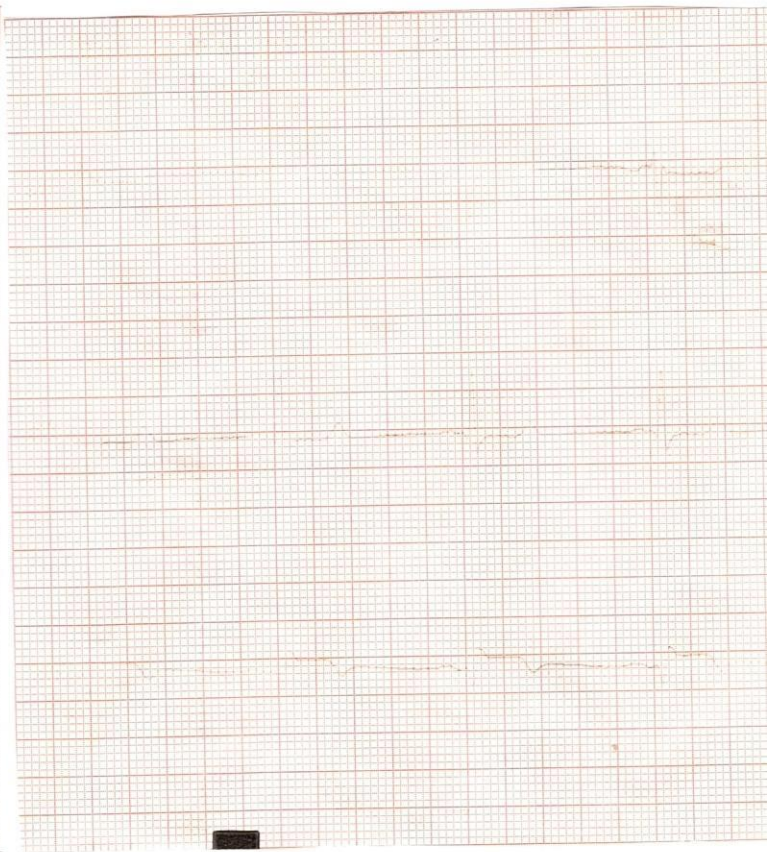
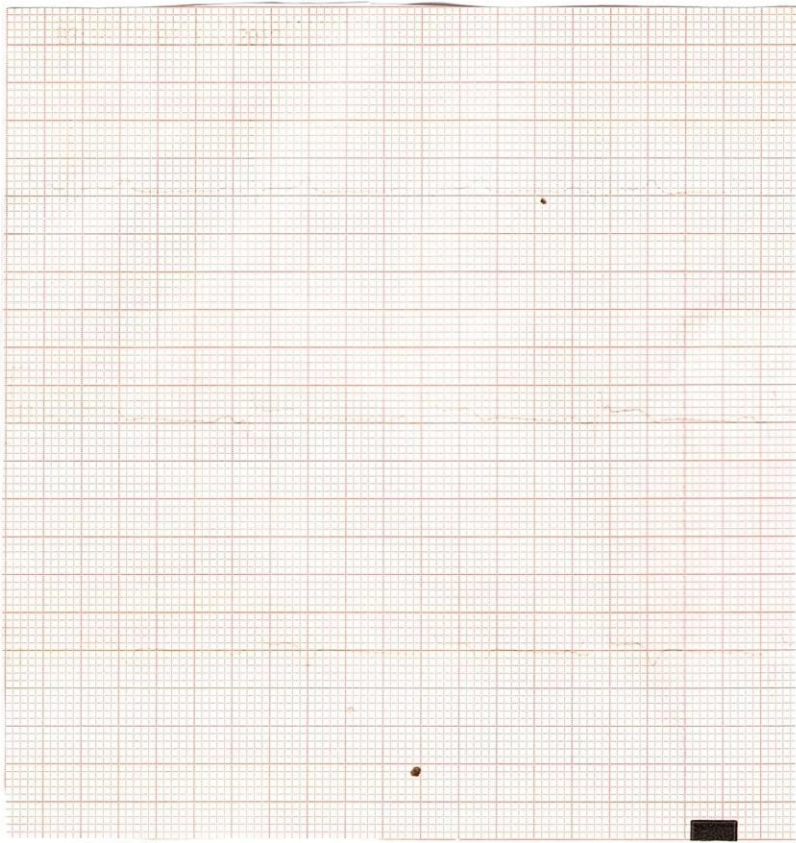
Nombre, Firma Médico y No. Exequatur: Ma Cabrera

Fecha: 15-7-17



Nota Oper  
→





Juan Carlos Reyes  
15/7/17  
8:10 pm



**PAGADO**  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

95

10/11/14 25/11/14 20/11/14 15/11/14 10/11/14 5/11/14





**PAGADO**  
23 450 2007  
Tesorería Ayuntamiento  
de Tamboril

Juan carlos Reyes  
39 años  
3:45 pm  
15/7/17